

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

DENISE TURCOTTE

FACTEURS RELATIFS À L'ADOPTION DE COMPORTEMENTS
PRÉVENTIFS ET CONTRACEPTIFS
DANS UNE POPULATION D'ADOLESCENTS

JANVIER 1994

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Sommaire

La présente recherche a pour objectif de mesurer et comparer les comportements sexuels des garçons et filles du deuxième cycle du secondaire. Elle vise également à vérifier s'il existe un lien entre les facteurs: expérience sexuelle, connaissances, attitude vis-à-vis l'utilisation du condom, normes perçues chez les pairs et aptitude à communiquer, et d'une part, l'usage constant ou non de moyens efficaces à prévenir les grossesses et les MTS, et d'autre part, le sexe. Près de 40% des 540 sujets recrutés dans le Bas-du-Fleuve ont déjà eu au moins une relation sexuelle, proportionnellement plus de filles que de garçons. Les filles ont généralement plus d'expérience sexuelle et de connaissances, des attitudes plus positives envers l'usage du condom et des normes moins restrictives que leurs pairs masculins. Elles sont davantage protégées contre les grossesses que contre les MTS. Les garçons utilisent significativement plus le condom qu'elles. Les connaissances, l'attitude et les normes ne sont pas en lien avec l'usage ou non de moyens contraceptifs et préventifs efficaces. Seules l'expérience sexuelle et l'aptitude à communiquer distinguent les sujets des trois groupes formés selon l'usage de moyens contraceptifs et préventifs. Ces résultats confirment ceux obtenus par des études antérieures comparables, sauf en ce qui à trait aux attitudes. Quelques points contribuent à son originalité dont la composition mixte de l'échantillon et sa provenance régionale ainsi que la formation de groupes selon l'usage

constant ou non de moyens contraceptifs et préventifs efficaces. Enfin, nous recommandons la construction d'un questionnaire de mesure des attitudes plus sensible, subdivisé en quelques sous-échelles, dont l'administration et l'interprétation plus uniforme donneraient des résultats qui puissent être comparés. Nous suggérons aussi, aux intervenants oeuvrant auprès des adolescents, de travailler à développer chez ces jeunes des aptitudes à communiquer à propos de la contraception et de la prévention.

Remerciements

Remerciements

L'auteure tient à remercier sa directrice de recherche, madame Jocelyne Pronovost, Ph. D., professeure à l'UQTR, pour son assistance constante et éclairée tout au long de la réalisation de ce mémoire. Nos remerciements s'adressent aussi à monsieur Germain Couture pour sa contribution aux analyses statistiques.

Table des matières

Introduction	1
Chapitre 1 - Contexte théorique	5
Adolescence et Sexualité	6
Adolescence, Contraception et Prévention	13
Contraception et Prévention à l'Époque du Sida	24
Facteurs en Lien avec l'Utilisation de la Contraception et de la Prévention	27
Chapitre 2 - Description de l'expérience	44
Objectifs et Questions de Recherche	45
Echantillon	46
Classification des Sujets	47
Épreuve Expérimentale	49
Déroulement de l'Expérience	51
Traitement des Données	54
Chapitre 3 - Résultats	57
Objectifs de Recherche	58
Questions Exploratoires	80
Chapitre 4 - Discussion	87
Conclusion	103
Références	110
Appendice A	123
Appendice B	125
Appendice C	138

Liste des tableaux

Tableau

1	Variables du Questionnaire et Références	52
2	Répartition de la Population Totale et de la Population Active Sexuellement selon le Sexe	59
3	Répartition de la Population Totale et de la Population Active Sexuellement selon le Niveau Scolaire	60
4	Distribution de la Population Active Sexuellement selon le Nombre de Partenaires	62
5	Connaissances de la Contraception et de la Prévention	63
6	Attitude vis-à-vis l'Utilisation du Condom	64
7	Normes Perçues chez les Pairs Relativement à la Sexualité et à l'Utilisation de Moyens Contraceptifs et Préventifs	66
8	Répartition de la Population Active Sexuellement selon l'Utilisation de Moyens Contraceptifs et Préventifs	68
9	Répartition de la Population Active Sexuellement selon l'Efficacité à se protéger des Grossesses, du Sida et des MTS	68
10	Comparaison entre les Sujets Adéquatement Protégés contre les Grossesses et les Sujets mal Protégés	70
11	Comparaison entre les Sujets Adéquatement Protégés contre le Sida et les MTS et les Sujets mal Protégés	71
12	Comparaison entre les Trois Groupes Formés selon l'Usage de Moyens Contraceptifs et Préventifs	73
13	Différences Significatives Observées entre les Groupes	74
14	Matrice de Corrélation entre les Variables à l'Étude en plus de l'Âge au Moment de l'Expérimentation	78

· Tableau

15	Comparaison entre les Groupes Formés et l'Âge au Moment de l'Expérimentation	79
16	Différence Significative Observée entre les Groupes Formés et l'Âge au Moment de l'Expérimentation	79
17	Objectifs des Moyens Préventifs Utilisés selon le Contexte	80
18	Motivations à Utiliser le Condom	81
19	Raisons Données pour ne pas Toujours Utiliser le Condom	82
20	Facteurs Favorisants l'Usage du Condom	83
21	Aptitudes à Communiquer	84
22	Possibilité Évaluée de Demander au Partenaire d'Utiliser le Condom	85

Introduction

Entre l'enfance et l'âge adulte, l'adolescence prend une part de plus en plus importante dans la société occidentale, depuis le milieu du XXe siècle. Nous avons maintenant une culture "adolescente" largement reconnue et commercialisée.

Le principal objectif de cette étape de vie est la recherche d'une identité dont la sexualité est l'un des volets. A cet âge, les baisers, caresses, attouchements et relations sexuelles comblent un certain nombre de besoins dont le plaisir physique est probablement le moindre. Ces activités sexuelles permettent également de concrétiser leur recherche d'expériences nouvelles, de se prouver leur maturité et de trouver des dérivatifs aux pressions qu'ils subissent. Les échanges sexuelles ont aussi une fonction dans leur développement social. Ils favorisent l'apprentissage de la communication par les mots et les gestes avec les pairs; ainsi l'adolescent pourra s'ajuster à son entourage sur le plan de l'expression de sa sexualité. De plus, dans le cadre de la relation amoureuse, l'adolescent, en devenant intime avec une autre personne et en partageant ses sentiments et pensées, se donne la possibilité de montrer à l'autre sa propre identité. L'être aimé, en dehors de sa famille, lui reflète une image positive de lui-même qui l'aide à se définir (Papalia et Olds, 1983).

L'expression de la sexualité n'est toutefois pas sans risque. Certains sont plus flagrants. Si la grossesse et l'avortement des mineures sont mieux acceptés actuellement,

ils ne sont pas sans causer des bouleversements importants dans la vie de l'adolescente et de ses proches. Depuis une décade, le spectre du sida s'est ajouté aux risques que constituaient déjà le large éventail des maladies transmises sexuellement.

Ces risques rendent nécessaire, dès le début des activités sexuelles partagées, l'adoption de comportements responsables telle la capacité de se protéger adéquatement à la fois contre les MTS et les grossesses indésirées.

Beaucoup de recherches ont apporté des informations précieuses sur la sexualité des adolescents, leur utilisation de moyens contraceptifs ou préventifs ainsi que sur des facteurs en lien avec l'utilisation de ces moyens. Par contre, peu de ces recherches ont étudié simultanément l'usage de la contraception et la prévention par les adolescents. De plus, la grande majorité de ces études s'adressait à des jeunes résidant dans de grands centres; on a peu d'information concernant les jeunes en région. Pourtant de multiples facteurs, peuvent influencer les comportements sexuels et contraceptifs de ces adolescents. Citons seulement la disponibilité ou la gêne à se procurer des condoms ou la pilule contraceptive et la distance des grands centres où le sida touche de façon plus visible.

Notre recherche vise à cerner différents facteurs relatifs à l'adoption de comportements préventifs et contraceptifs dans une population d'adolescents vivant dans le Bas-du-Fleuve. Il nous apparaît intéressant de mener une étude québécoise auprès des filles et garçons, afin de tracer le portrait de l'adolescent actuel sur l'usage qu'il fait de

moyens contraceptifs et préventifs. La connaissance des facteurs reliés à l'adoption de comportements responsables permettra de dégager des pistes d'intervention les plus adaptées possible aux besoins des jeunes.

La présente étude comprend quatre parties. Le premier chapitre mentionne les résultats des recherches les plus pertinentes sur les comportements sexuels, contraceptifs et préventifs des adolescents, ainsi que sur les problèmes liés à l'échec dans l'usage de moyens préventifs. Cette section rapporte également les conclusions des études portant sur les facteurs en lien avec l'utilisation de la contraception et de la prévention chez les adolescents. Le second chapitre décrit l'expérience réalisée. Il présente d'abord les objectifs et questions de recherche, l'échantillon, les mesures, la procédure et le traitement des données. Le troisième chapitre expose l'analyse des résultats pour les objectifs de recherche et les questions exploratoires. Enfin, le travail est complété par la discussion.

Chapitre 1

Contexte théorique

Dans cet exposé, nous tenterons en premier lieu de cerner le phénomène de la sexualité chez les adolescents. Nous jetterons ensuite un regard sur l'utilisation qu'ils font des moyens contraceptifs et préventifs. Dans un dernier temps, nous ferons état des résultats obtenus dans le cadre de travaux de recherches antérieurs, concernant des variables en lien avec l'utilisation de moyens contraceptifs et préventifs chez les adolescents.

Adolescence et Sexualité

Maturation Biologique

On s'accorde pour dire que l'adolescence est une période de maturation biologique, psychologique et intellectuelle. A cause de l'amélioration des conditions alimentaires, médicales et sanitaires, l'âge des premières menstruations est passé en moins d'un siècle de 16-17 ans à 12,5 années dans les pays développés (Guilbert, 1985; Tanner, 1962; Wilkins et al., 1981). Selon Frisch et Revelle (1970), le début de la puberté est plus relié au poids qu'à la taille ou à l'âge réel. Par contre, le développement psychologique demeure en relation avec l'âge réel et n'est pas influencé par la croissance du corps. On se retrouve donc avec un décalage important entre la maturité intellectuelle et la possibilité de reproduction; ces deux phénomènes ne sont plus complémentaires.

L'abaissement de l'âge à la puberté est survenu très rapidement, de sorte qu'un nouveau mécanisme d'adaptation naturelle n'a pas eu le temps de se mettre en place, pour réajuster la période de fertilité à celle de la maturité. Les sociétés se sont vues dans l'obligation d'imposer aux adolescents une période d'infertilité non plus naturelle mais culturelle (Heritier, 1976).

Au siècle précédent, les filles, biologiquement matures à 16 ans, se mariaient à 17 ans. Dans les années 40-50, c'est en imposant une norme d'abstinence sexuelle aux jeunes filles qu'on tentait de les protéger contre les grossesses indésirées. Depuis les années 70, époque joyeuse de la grande liberté sexuelle, cette norme est tombée en désuétude. Aujourd'hui, les filles sont menstruées vers 12 ans mais n'atteignent la maturité psycho-sociale qu'à 20-22 ans. Les garçons, eux aussi, vivent ce décalage entre la maturité physiologique et la capacité de s'assumer socialement sans le support matériel et financier des parents.

Sexualité Précoce

De plus en plus d'adolescents sont actifs sexuellement et le deviennent à un âge plus précoce (Needle, 1977; Sorensen, 1973). Selon Zelnik et Kantner (1980), entre 1971 et 1979, le pourcentage des jeunes Américaines de 15 à 19 ans actives sexuellement est passé de 28 à 46%. Pour le même groupe d'âge, des recherches plus récentes rapportent un taux de 60% d'adolescents, garçons et filles, actifs sexuellement (Anderson

et al., 1990; Hingson et al., 1990a; Kegeles et al., 1989; Pleck et al., 1990; Siegel et al., 1991; Sonenstein et al., 1989), soit une augmentation de près de 15% dans les dix dernières années.

Au Québec, les résultats sont relativement semblables. Dans les années 80, la moitié des filles de 13 à 18 ans auraient eu des relations sexuelles (Gagné et Frappier, 1981; Vandal, 1982). Plus récemment, une étude montréalaise effectuée auprès d'étudiants du secondaire, garçons et filles de 14 ans et plus, rapporte que 40% sont actifs sexuellement (Fortin et al., 1989). Ces chiffres sont supportés par l'"Étude sur les jeunes canadiens face au sida" (King et al., 1988), ainsi que par celle de Varnhagen et al. (1991) chez les étudiants albertins de 15 à 19 ans. Pour sa part, Godin (1991) indique un taux plus élevé. La moitié de son échantillon composé de jeunes étudiants québécois d'âge similaire, aurait fait l'expérience d'une première relation sexuelle. Par contre, les jeunes de 15-19 ans ayant participé à la vaste enquête "Santé Québec" (1991), comme leurs congénères américains, se déclarent actifs sexuellement dans des proportions de 60%; près de la moitié des 15-17 ans auraient vécu une relation sexuelle avec pénétration.

Ce serait donc la moitié des jeunes qui seraient actifs sexuellement à la fin du secondaire, vers 17 ans (Fortin et al., 1989; King et al., 1988; Lemieux, 1993), alors que 12% le seraient déjà à la première année au secondaire, à douze ans (Charbonneau, 1992).

Simultanément, entre 1976 et 1986, l'âge du premier coït baisse de 17.3 ans à 16.5 ans (Desjardins et al., 1986; Viens et al., 1976). Dans les années 90, l'âge moyen lors de cette initiation serait de 15 ans ou même moins (Godin, 1991; Otis et al., 1991; Hamel, 1990). En effet, 80% de l'échantillon de Fortin et al. (1989) rapportent avoir vécu leur première relation sexuelle à 15 ans ou moins. L'âge du premier coït est plus bas chez les 15-17 ans que chez leurs très proches aînés de 19-25 ans (Santé Québec, 1991).

Dans les deux dernières décades, on assiste donc à une augmentation de la proportion de jeunes actifs sexuellement et à une baisse de l'âge de la première relation sexuelle.

Description de la Sexualité Adolescente

Comment la sexualité des adolescents s'exprime-t-elle et quels sont les risques inhérents à leurs pratiques? Ces questions seront examinées sous deux angles: les partenaires et les différents comportements sexuels des adolescents.

Les Partenaires Sexuels

Les patrons sexuels des adolescents sont décrits comme ayant deux tendances principales, soient les relations sexuelles fortuites, c'est-à-dire avec un partenaire occasionnel ou même inconnu, et la "monogamie sériée", (Sorensen, 1973) qui se définit

comme étant une relation affective d'une durée moyenne de 9 mois (Ayotte, 1982). Il semble qu'actuellement, la tendance soit à une plus grande stabilité amoureuse chez les adolescents. "Santé Québec" (1991) rapporte que la majorité des 15-17 ans impliqués dans une relation amoureuse le sont depuis près d'une année ou plus.

Compte tenu de ces deux patrons sexuels, plus des deux tiers des jeunes de secondaire V, sexuellement actifs, ont eu plus d'un partenaire (Otis et al., 1991). Varnhagen et al. (1991) obtient les mêmes résultats chez les 15-19 ans albertains. Par contre, 15% des jeunes québécois non vierges de 17 ans ont eu six partenaires et plus depuis le début de leur vie sexuelle active (King et al., 1988). Le nombre moyen de partenaires augmente avec l'âge et selon le sexe. Les garçons de 15-17 ans ont eu en moyenne 3,7 partenaires, alors que les filles en ont eu 2,8. A 18-19 ans, ces nombres s'élèvent respectivement à 5,5 et 3,2 (Santé Québec, 1991). Les taux obtenus par Kegeles et al. (1988) supportent cet écart entre les filles et les gars.

Si les filles ont moins de partenaires, par contre elles ont tendance à les choisir plus âgés qu'elles. Or, ceux-ci ont cumulé un plus grand nombre de partenaires que les plus jeunes et représentent potentiellement un plus grand risque de contagion. Par ailleurs, on a constaté dans une population clinique, que lorsque le garçon est plus âgé de cinq ans ou plus que la fille, il y a diminution de l'utilisation du condom et de la pilule (Weisman et al., 1989; 1991b). Les filles, même en ayant moins de partenaires, pourraient donc courir autant de risques que les garçons.

Anderson et al. (1990) soulignent l'aspect sporadique des débuts de la sexualité adolescente. Ils comparent le nombre total de partenaires à celui de la dernière année. Pour la dernière année, plus de jeunes déclarent n'avoir eu qu'un partenaire et une plus faible proportion rapporte avoir eu quatre partenaires et plus. Ainsi, les jeunes changent plus souvent de partenaires au début de leur vie sexuelle active (Bowie et Ford, 1989).

Les Comportements Sexuels

Le rapport vaginal (pénis dans le vagin) est une pratique sexuelle répandue entre adolescents. Un cinquième des jeunes de 14-18 ans actifs sexuellement, rapporte un rapport sexuel par mois, alors que plus des deux cinquièmes en déclarent quatre pour la même période. Cette fréquence caractérise 56,6% des filles et 33% des garçons au secondaire à Montréal (Fortin et al., 1989). Dans une école secondaire américaine, on obtient une fréquence comparable, soit trois coïts en moyenne par mois (McCormick et al., 1985). La fréquence du coït est en association positive avec le nombre d'années de vie sexuelle active (Durant et Sanders, 1989).

Par contre, le taux d'homosexualité déclaré est très faible. Il varie entre 1 % et 3 % (Hingson et al., 1990a; King et al., 1989; Otis et al., 1991; Santé Québec, 1991; Sonenstein et al., 1989). Cette variation s'explique par l'âge, le sexe et la difficulté, particulièrement à l'adolescence, de faire une distinction nette entre orientation et expérience sexuelle.

Pour ce qui est du rapport anal, les données issues des cliniques de MTS ou de planning familial nous informent que 10% des adolescentes de 14-18 ans l'ont expérimenté (Catania et al., 1989). Ces résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble des jeunes. Dans une population non clinique de niveau collégial, DiClemente et al. (1990) font état d'un taux de 4,2% de relations réceptives et de 3,2% de relations insertives (être pénétré versus pénétré dans un rapport anal). Au Canada, King et al. (1989) n'ont interrogé que les décrocheurs et les étudiants collégiens et universitaires à propos de leur pratique des rapports anaux. Environ 15% d'entre eux en auraient fait l'expérience au moins à quelques reprises. "Santé Québec" (1991) soutient que c'est 11% des 15-29 ans qui ont eu des rapports anaux. On y retrouve plus d'hommes que de femmes et cinq fois plus d'homosexuels et de bisexuels que d'hétérosexuels. Malheureusement, nous n'avons trouvé aucune donnée concernant spécifiquement des échantillons non cliniques d'adolescents.

On fait face à la même pauvreté de données à propos du rapport oral-génital chez l'ensemble des adolescents. En milieu clinique, on rapporte qu'environ 85% des adolescentes ont reçu ou fait des caresses bucco-génitales (Catania et al., 1989). Les étudiants post-secondaires et les décrocheurs déclarent dans des proportions de 64% à 73% avoir été actifs ou réceptifs dans un rapport oral-génital (King et al., 1989). Dans cette enquête, l'interrogation sur la pratique des rapports bucco-génitaux a été exclue du questionnaire destiné aux étudiants du secondaire.

Puisque les comportements homosexuels sont peu déclarés à l'adolescence et que peu de données sont disponibles concernant les rapports anaux et bucco-génitaux, nous concentrerons notre recherche exclusivement sur les rapports sexuels vaginaux.

Adolescence, Contraception et Prévention

Utilisation de la Contraception et de la Prévention chez les Adolescents

La précocité croissante et l'augmentation de l'activité sexuelle d'une proportion plus grande d'adolescents ne s'accompagnent pas pour autant d'une hausse équivalente de l'usage de moyens contraceptifs et préventifs (Hamel, 1990). La démarche pour obtenir un contraceptif exigerait de l'adolescent une intégration de son identité sexuelle. Cette tâche maturative passe d'abord par l'acceptation de sa nouvelle image corporelle comme sexuée à laquelle s'associe la nécessité d'assumer son identité de genre, et ensuite, par l'accès progressif à la génitalité adulte (Claes, 1983). Selon plusieurs auteurs, l'acceptation de son activité sexuelle serait un précurseur de l'utilisation adéquate de moyens préventifs (Gruber et Chambers, 1987; Milan et Kilman, 1987; Morrison, 1985).

Cette démarche vers la maturation s'accompagne vers 15-16 ans, de la diminution de l'égoïsme et de l'illusion d'invincibilité (Elking, 1967; Keelind, 1987). Simultanément, la pensée formelle (Piaget, 1955) prenant enfin le relais de la "pensée magique" permettrait de prévenir les conséquences reliées à l'activité sexuelle (Gruber et Chambers, 1987; Roschowski et Gerner, 1991; Saravalli, 1989; Sullivan, 1989).

Les adolescents, les plus jeunes surtout, éprouvent des difficultés à planifier l'utilisation d'une protection adéquate pour les premiers coïts (Carter Koyle et al., 1989; Durant et Sanders, 1989; Faulkenberry et al., 1987; Milan et Kilman, 1989; Morrison, 1985; Neel et al., 1985; Roschowski et Gerner, 1991). De fait, ceux qui commencent plus tardivement leur vie sexuelle utilisent plus régulièrement des méthodes contraceptives plus efficaces que les plus précoces (Scott-Jones et Turner, 1988).

On note toutefois une augmentation de l'usage de moyens contraceptifs et préventifs entre les années 1980 et 1990. La popularité croissante du condom auprès des 15-19 ans tend à faire passer de la moitié au tiers le nombre d'adolescents ayant vécu leur première relation sexuelle sans protection efficace (Desjardins et al., 1986; Fortin et al., 1989; Legaré et Bérubé, 1985; Otis et al., 1991; Pleck et al., 1991; Sonenstein et al., 1989). Généralement, le premier coït est suivi d'une période où l'activité sexuelle est peu fréquente et non prévue (Guilbert, 1985). Une majorité d'adolescents a alors tendance à différer son utilisation de moyens contraceptifs ou préventifs (Yarber, 1986), ou à les utiliser de façon sporadique ou à se fier à des moyens inefficaces (Collins et Robinson, 1986; Morrison, 1989). Avant la fin du secondaire, peu d'adolescents sont toujours protégés efficacement contre les risques de grossesses indésirées et de maladies transmises sexuellement (Goodman et Cohall, 1989; Faulkenberry et al., 1987).

Parmi les moyens contraceptifs ou préventifs disponibles, les jeunes préfèrent le condom et la pilule. Dans une vaste enquête, Sonenstein et al. (1989) ont constaté

qu'entre 1979 et 1988, l'utilisation de moyens contraceptifs et préventifs lors de la dernière relation sexuelle a changé. Pour les garçons composant leur échantillon, l'utilisation de moyens féminins (pilule, stérilet et diaphragme) passe de 28% à 22%, tandis que celle du condom augmente de 21% à 58%; l'absence de protection efficace chute de 51% à 21%. Dans une étude d'envergure comparable réalisée en 1982-83, les filles au moment de l'enquête utilisaient des moyens féminins pour 36%, le condom pour 35%, alors que 29% ne faisaient pas usage de moyens efficaces (Durant et Sanders, 1989). Les garçons utiliseraient davantage le condom que les filles (Anderson et al., 1990; Goodman et Cohall, 1989; Kegeles et al., 1988; King et al., 1989; Otis et al., 1991). Les filles préfèrent un moyen féminin, la pilule principalement (Weisman et al., 1991b).

Les jeunes protègent de plus en plus leurs premières relations sexuelles par le condom. Les garçons devenus actifs sexuellement entre 1987-88, comparativement à ceux qui le sont devenus entre 1975-82, sont 110% plus susceptibles de l'utiliser lors de leur premier coït (Sonenstein et al., 1989). Une étude comparable menée auprès des filles du même âge, soit 15-19 ans, rapporte que son taux d'utilisation a doublé entre 1982 et 1988 (Mosher, 1990). Au cours de la décennie actuelle, de 18% à 30% de la population adolescente utilise régulièrement le condom alors que de 13% à 37% ne l'utilise jamais (Anderson et al., 1990; Hingson et al., 1990; Otis et al., 1991; Pleck et al., 1991).

Généralement, les jeunes au début de leur vie sexuelle active utilisent le condom pour l'abandonner progressivement au profit de la pilule, soit entre 15 et 19 ans, quand leur activité sexuelle devient plus fréquente et régulière (Fortin et al., 1989; Legaré et Bérubé, 1985; Morrison, 1985; Otis et al., 1991; Santé Québec, 1991; Soneinstein et al., 1989). Peu d'adolescents utilisent simultanément et de façon constante la pilule et le condom. Seulement 14% de l'échantillon de Sonenstein et al. (1989) l'avaient fait lors de leur plus récent rapport sexuel.

Weisman et al. (1991a) ont étudié de près l'utilisation simultanée de la pilule et du condom. Pendant six mois, ils ont effectué le suivi bimensuel d'une population clinique de jeunes filles considérées à risque. On recommandait à celles-ci l'utilisation combinée de la pilule et du condom; 38% ont été des utilisatrices constantes de la pilule et 16% du condom. Parmi les utilisatrices non assidues du condom, la moitié utilisait la pilule. Seulement le quart des utilisatrices régulières de la pilule faisait aussi un usage constant du condom, soit 4% de l'échantillon total. La corrélation négative ($p < 0,05$) entre utilisation assidue de la pilule et du condom suggère que l'usage sur une base régulière d'une méthode préventive exclut l'autre qui sert alors de support. On retrouve le même phénomène en population non clinique (Godin et al., 1991; Otis et al., 1991; Pleck et al., 1991).

Si, pour certains adolescents, la contraception s'inscrit dans une démarche réfléchie et autonome; pour la majorité ce cheminement sera au début chaotique et semé

de risques. Pour d'autres, ceux qui cumulent les comportements sexuels à risque, ils auront tendance à omettre de se prémunir contre les grossesses et les MTS (Biglan et al., 1990; Drolet, 1989; Fisher et Misovich, 1990; Galavotti et Lavick, 1989; Hingson et al., 1990b; Huscraft et al., 1990; Jessor et Jessor, 1977; King et al., 1989; Santé Québec, 1991; Sonenstein et al., 1989; Weisman et al., 1989). Pour leur part, les auteurs de l'enquête "Santé Québec" (1991) ont considéré que 15% des 15-19 ans courent des risques importants de MTS ou de sida. Ils n'utilisent pas le condom lors de relations anales ou avec des partenaires occasionnels peu connus ou utilisateurs de drogues par injection. Ils ont aussi commencé leur vie sexuelle plus précocement que ceux considérés à faible risque, Ils cumulent davantage de partenaires et sont plus nombreux à recourir aux traitements pour MTS.

Problèmes Reliés à l'Échec de la Contraception et de la Prévention

La principale motivation des jeunes quand ils pensent faire usage de moyens contraceptifs et préventifs est de se protéger des grossesses indésirées; ce sont les filles qui majoritairement mentionnent cette préoccupation en premier lieu. La prévention des MTS et du sida vient en seconde place; ce sont surtout les garçons qui la rapportent en priorité (King et al., 1989; Santé Québec, 1991).

Grossesses et Avortements

La disponibilité apparente de l'information et des moyens contraceptifs, ainsi que la possibilité de faire usage de la pilule du lendemain, pourraient nous amener à penser que le phénomène de la grossesse non désirée chez les adolescentes est en voie de devenir marginal. Les statistiques des dernières années nous aideront à y voir clair.

Au Canada, en 1975, 53,4 par 1000 femmes âgées de 15 à 19 ans devenaient enceintes, alors qu'en 1987 c'est 41,6 par 1000 qui se retrouvaient dans la même situation. Toute proportion gardée, le taux relatif de grossesses a diminué de 24% au Canada pendant cette période de 12 ans. Le ratio américain double le ratio canadien, alors qu'ici au Québec, la situation semble mieux contrôlée. Chez nous en 1987, le taux de fécondité était de 26,4 par 1000 adolescentes; toutefois il représente une augmentation de 6% depuis 1979 (Wadhera et Silins, 1990).

Les chiffres fournis par le Conseil du Statut de la Femme (1992) nous révèlent un autre volet de la fécondité des adolescentes. Ils confirment l'élévation du ratio de grossesse des 15-19 ans de 2 pour 1000 adolescentes entre 1980 et 1987. De plus, l'inclusion des 13-14 ans fait grimper ce ratio de 1,9 en 1980 et de 4,2 en 1985. On pourrait donc penser que les très jeunes adolescentes sont en partie responsables de l'élévation du taux de grossesses au Québec dans la première demie des années 80.

Malgré les chiffres officiels, Guilbert (1985) soutient que le nombre de grossesses chez les 13 ans et moins a doublé au Québec entre 1975 et 1981. Cette différence avec les données officielles viendrait du fait que Statistiques Canada ne tient compte ni des naissances vivantes, ni des avortements hors Canada ou en dehors du réseau officiel de la santé. Rappelons qu'au Québec la loi sur l'avortement a fait l'objet d'une application particulière qui entraînait une sous-déclaration. Entre 1978 et 1988, bien que la pratique de l'avortement thérapeutique en dehors de l'hôpital soit ici tolérée, selon la loi canadienne elle était illégale (Conseil du Statut de la Femme, 1990).

Pour sa part, Charbonneau (1990) affirme qu'entre 1980 et 1985, le taux de grossesses a diminué de 15% chez les 20-24 ans mais que par contre, il a augmenté de 4% chez les 15-19 ans et de 12% chez les 12-14 ans. Près de 15% des filles québécoises de 16 ans sont devenues enceintes au moins une fois (Charbonneau, 1990).

On assiste donc à un nouveau phénomène qui prend de l'ampleur, celui des grossesses chez les très jeunes filles. Les trois quarts de ces grossesses sont indésirées et une forte proportion de celles-ci surviennent dans les six premiers mois de vie sexuelle active (Guilbert, 1985; Zabin *et al.*, 1979). Ce phénomène n'étonne guère si on tient compte de la précocité sexuelle des adolescentes et de la difficulté qu'éprouvent les très jeunes filles à se protéger adéquatement.

Qu'advient-il de ces grossesses? En 1987, au Canada, 57% des grossesses adolescentes se terminaient en naissance vivante, 37% par une interruption volontaire de grossesse et 6% par un avortement non induit. Les chiffres officiels pour le Québec s'en rapprochent sensiblement (Wadhera et Silins, 1990).

Soulignons toutefois qu'entre 1980 et 1987 au Québec, le taux d'avortements induits s'est accru de 10% chez les 15-19 ans. En 1985, si on y incluait les 13-14 ans, il atteignait 42%. En 1988, année de la décriminalisation de l'interruption de grossesse, un cinquième des avortements pratiqués chez nous concernait des jeunes filles de 14 à 19 ans. Dans ce groupe d'âge, près de la moitié des grossesses se terminent par un avortement et plus l'adolescente enceinte est jeune, plus elle interrompt sa grossesse (Conseil du Statut de la Femme, 1992). En 1985, le taux relatif d'avortements par rapport aux naissances chez les moins de 15 ans atteignait 85% (Alvin, 1988).

L'élévation actuelle du nombre de grossesses juvéniles a donc deux conséquences immédiates: l'augmentation du nombre de grossesses menées à terme ainsi que du nombre d'avortements (Zelnik et Kantner, 1980). Ce sont les filles de classe moyenne et supérieure qui ont surtout recours à l'avortement, alors que celles provenant de milieu plus défavorisés abandonnent l'école et gardent leur enfant. Bien que l'avortement provoquerait souvent un choc psychologique, il semble qu'il limiterait moins le développement éducatif, vocationnel, social et émotionnel que la maternité adolescente (Alvin, 1988; Conseil du Statut de la Femme, 1992; Guilbert, 1985; Wilkins, 1985).

Sida et Maladies Transmises Sexuellement

L'issue fatale du sida et son aspect pandémique ont provoqué au milieu des années quatre-vingt un mouvement populaire de crainte. La recherche s'est penchée anxieusement sur cette maladie qui venait freiner la libération sexuelle, libération liée à la maîtrise récente par les femmes de leur fécondité, grâce à la pilule "anticonceptionnelle".

Aux Etats-Unis en 1988, plus de quatre-vingt mille cas de sida avaient été rapportés et on estimait alors que de 1 à 1,5 millions de personnes étaient infectées par le virus de l'immunodéficience acquise (Centers for Disease Control, 1988). Au Québec, on observait un premier cas en 1979. En janvier 1993, un total de 2305 cas étaient dénombrés, dont 20% chez des jeunes âgés de 15 à 29 ans (Rémis, 1993). La jeunesse américaine est touchée dans les mêmes proportions (Anderson et al., 1990; Soneinstein et al., 1989). Compte tenu que la période entre l'infection et le développement des symptômes est estimée être de huit à onze ans, ces jeunes auraient contracté le virus du HIV à l'adolescence.

Chez les 15-24 ans au Québec, le ratio homme-femme pour les cas rapportés de sida est particulier. Alors que chez les plus âgés il est de 10,2:1, il est de 3,18:1 dans le groupe touché par le sida présumément lors de l'adolescence. Ce ratio reflète un mode de transmission plus en lien avec l'hétérosexualité que dans les autres groupes d'âge

(Rémis et Roy, 1991). On retrouve cette transmission davantage hétérosexuelle chez les jeunes américains aussi. Dans un milieu particulièrement à risque, une clinique de MTS de Baltimore à clientèle majoritairement noire, sur 4000 jeunes testés pour MTS, 2,5% des filles et 2% des garçons de 15-19 ans étaient séropositifs (Weisman et al., 1987).

Au Canada, les étudiants du secondaire sont le groupe où l'incidence de MTS est la plus élevée (Varnhagen et al., 1991). Depuis 1985, les filles de 15 à 19 ans enregistrent le plus haut taux de cas de gonorrhée. Dans le passé, c'était les hommes de 20-24 ans qui enregistraient le taux annuel le plus élevé (Jessamine et McHale, 1989). Au Québec entre 1984 et 1988, le nombre de cas de gonorrhée a chuté de 60%. Cette infection serait majoritairement reliée aux jeunes, 68% des cas déclarés touchent des sujets de 15 à 29 ans. À eux seuls, les 15-19 ans occupent une tranche de près de 20% avec plus de 500 cas où les filles sont 2,7 fois plus représentées que les garçons (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989).

La chlamydia est beaucoup plus répandue que la gonorrhée. Au Québec, en 1988, on dénombrait 295 cas par million d'habitants par rapport à 40 pour la gonorrhée. Les trois quarts des sujets diagnostiqués avaient moins de trente ans et parmi eux, 4688 cas, soit 24% de la cohorte totale, avaient entre 15 et 19 ans. Ici encore, les filles sont surreprésentées: elles sont 6,3 fois plus nombreuses que les garçons du même âge à se faire traiter pour cette infection (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989). Pour 1987, le rapport canadien indique que tout près de 70% des cas déclarés de

clamydia concernaient des jeunes de 15 à 24 ans, dont une forte proportion de femmes (Todd et Jessamine, 1888).

Le mode de transmission du HIV davantage hétérosexuel chez les jeunes et l'incidence plus élevée de MTS chez les filles pourraient être le reflet de la tendance des filles à avoir des partenaires sexuels plus âgés. Selon Weisman et al. (1991a), un partenaire plus âgé aurait généralement eu plus de partenaires sexuelles, serait plus susceptible d'imposer son attitude vis-à-vis du condom et d'avoir déjà fait usage de drogue intraveineuse.

Chaque diagnostic de sida est lourd de conséquences sociales et personnelles. Les séquelles des MTS sont nombreuses. Elles incluent l'infertilité tant chez la fille que chez le garçon, les douleurs pelviennes chroniques, les grossesses ectopiques et le cancer du col utérin chez la femme, en plus de stigmates sociaux et psychologiques plus ou moins importants selon la maladie. De plus, il a été largement démontré que les ulcérations causées par la chlamydia, la gonorrhée, l'herpès génital et la syphilis sont autant de portes ouvertes à la contagion par le HIV si d'aventure une personne y est exposée (King et al., 1989).

Actuellement, l'augmentation du nombre de cas de chlamydia, la mutation de certaines souches de la gonorrhée devenues résistantes à la pénicilline (Yeung et Dillon, 1990), l'association MTS/VIH et le pronostic fatal du sida rendent la prévention de la

contagion des plus importantes et ce, particulièrement chez les adolescents qui commencent leur vie sexuelle active.

Contraception et Prévention à l'Époque du Sida

Considérant les risques de grossesses et de contagion de MTS et de sida, nous tenterons par le biais de cette recherche, de fournir aux intervenants et éducateurs une vue actuelle des comportements sexuels et contraceptifs des adolescents. Les résultats obtenus pourraient orienter l'intervention éducative destinée aux adolescents afin d'habiliter ceux-ci à se protéger efficacement.

Définition d'une Prévention Efficace

A notre avis, une prévention efficace doit tenir compte de deux facteurs: (1) la valeur de protection contre les grossesses indésirées et contre la contagion de maladies transmises sexuellement, et également (2) la régularité de son utilisation.

Efficacité

Plusieurs recherches s'intéressent à l'utilisation de la pilule et d'autres au condom, les deux méthodes les plus populaires chez les adolescents. Seulement quelques unes contrôlent à la fois l'usage de la pilule et du condom. Des méthodes telles le stérilet, le diaphragme et le thermomètre ne font guère l'objet d'études; elles sont peu conseillées

aux adolescents, leur utilisation reste marginale et le taux d'échec élevé. Nous tiendrons cependant compte de leur utilisation pour la prévention des grossesses.

Nous aborderons aussi l'utilisation de la pilule contraceptive qui protège efficacement contre les grossesses indésirées mais qui exige l'emploi simultané du condom pour prévenir des maladies transmises sexuellement. En effet, peu de situations rendent l'usage du condom superflu si on veut assurer l'entière sécurité des deux partenaires, lors de toutes les relations sexuelles (relation exclusive entre deux partenaires ayant subi au même moment tous les tests requis ou, pour les adolescents à un moment unique, le premier contact des organes génitaux entre partenaires vierges). Vue la rareté de ces deux situations, la pilule sera considérée sécuritaire uniquement pour la prévention des grossesses.

Puisque le condom est reconnu par les autorités médicales américaines et canadiennes comme la seule barrière efficace pour protéger de la contamination par le sida et autres MTS, notre recherche accordera une attention très particulière à son utilisation. De plus, le condom utilisé conformément aux recommandations est reconnu efficace contre les grossesses. Sa combinaison avec des mousses, gelées ou crèmes spermicides en rehausse l'efficacité. Pour ces raisons, il sera considéré comme un moyen préventif efficace à la fois contre les MTS et contre les grossesses.

Régularité

Trop souvent, le critère régularité n'est pas examiné adéquatement. Certains auteurs questionnent sur le moyen contraceptif utilisé à la première relation sexuelle ou à la dernière, alors que Weisman et al. (1989) a démontré que ce n'est pas vraiment représentatif des comportements contraceptifs habituels des adolescents. Sans information sur leur assiduité à se protéger, on ne peut évaluer les risques pris par les adolescents.

La recherche de Morrisson (1989) a particulièrement retenu notre attention. Son but était de vérifier quelles variables parmi les suivantes (quelques variables démographiques, l'histoire sexuelle personnelle, les connaissances et les attitudes) discriminent le mieux la régularité dans l'utilisation d'une contraception efficace chez des adolescentes. Celles-ci étaient réparties en trois groupes distincts: les usagères efficaces, les usagères non efficaces et les non usagères. L'auteure conclut que les usagères inefficaces ne sont pas à un stade intermédiaire entre les utilisatrices efficaces et les non-utilisatrices, mais qu'elles représentent un type de comportement associé à l'augmentation de l'activité sexuelle. Des trois groupes, celles-ci sont les plus précoces, ont une plus grande fréquence de relations sexuelles et le plus grand nombre de partenaires. Elles déclarent également plus de grossesses. Ce sont aussi elles qui ont le plus de connaissances sur la contraception et ont les attitudes les plus positives envers la contraception et les relations sexuelles (particulièrement avec des partenaires occasionnels).

Cette classification en trois groupes tient compte, à notre avis, de la réalité adolescente. Les usagers efficaces sont ceux qui ont pris conscience du besoin de se protéger et qui réussissent à le faire. Les usagers inefficaces considèrent la nécessité de se protéger mais ne sont pas capables de traduire leurs préoccupations en actions adéquates ou régulières, alors que les non usagers agissent comme s'ils n'étaient pas concernés par les risques encourus.

Cependant, les données utilisées pour cette étude ont été recueillies entre 1971 et 1981 et ne concernent que des jeunes filles américaines. Il serait, à cet égard, intéressant de mener une étude québécoise comparable afin de tracer un portrait plus actuel de nos adolescents, garçons et filles, quant à leurs comportements contraceptifs mais aussi préventifs.

Facteurs en Lien avec l'Utilisation de la Contraception et de la Prévention

L'ensemble de la recherche actuelle sur l'utilisation du condom met l'accent sur les connaissances et attitudes en relation avec les comportements sexuels et contraceptifs. De plus, deux recommandations reviennent régulièrement, l'une étant de tenir compte du facteur "norme" quant aux comportements sexuels et contraceptifs. Les auteurs suggèrent que l'évolution de la norme dans le temps et le milieu modulerait les attitudes et actions préventives chez les adolescents, souvent désireux de se conformer aux valeurs de leur milieu. Une autre suggestion avec laquelle nombre de chercheurs concluent leurs

travaux: l'intérêt de développer les habiletés de communication entre partenaires sexuels à propos de contraception et de prévention. Ces échanges, en créant un climat de sécurité, réduiraient les résistances à faire usage du condom.

Dans le cadre de la présente recherche, nous retiendrons donc les quatre facteurs suivants: connaissances, attitudes, normes et communication comme étant principalement reliés à l'utilisation de la contraception et de la prévention des MTS.

Dans les prochaines lignes, nous ferons état des données de recherche relativement à chacun de ces facteurs. Nous réduirons presque exclusivement notre relevé de littérature aux recherches concernant le groupe d'âge qui nous intéresse: les étudiants du secondaire. Nous tenons ainsi compte d'une remarque plusieurs fois rencontrée: les adolescents formeraient une population ayant ses caractéristiques propres, non comparables aux autres groupes d'âge.

Les Connaissances de la Contraception et de la Prévention

Nous jetterons d'abord un coup d'oeil sur les connaissances de la fertilité et de la contraception chez les adolescents; nous examinerons le lien entre ces connaissances et les gestes préventifs posés. Ensuite, nous nous pencherons sur les connaissances des adolescents relatives aux maladies transmises sexuellement et au sida principalement. Nous verrons aussi quel lien peut être établi entre ces connaissances et les comportements préventifs adoptés.

En général, les adolescents ont peu de connaissances de l'efficacité des moyens contraceptifs et de la physiologie reproductive (Claes et Paradis, 1988; Morrison, 1985). Les filles auraient plus de connaissances que les garçons (Abrons, 1984; Faulkenberry et al., 1987; Freeman et al., 1980). Certains auteurs soutiennent que ces connaissances sont sans lien avec un usage plus adéquat de moyens contraceptifs (Claes et Paradis, 1988; Kegeles et al., 1989). D'autres nuancent cette affirmation; les connaissances seraient associées significativement, bien que faiblement, à l'usage ou au risque pris en contraception (Durant et Sanders, 1988; Roschowsky et Gerner, 1991).

Cependant, on conclut souvent que c'est en association avec d'autres variables que les connaissances parviennent à expliquer une partie de la variance relative à la protection que les adolescents se donnent ou non (Collins et Robinson, 1986; Kastner, 1984; Levinson, 1986; Ma, 1983; Sullivan, 1989).

Quant à Morrison (1989), elle constate que les adolescentes du groupe contraceptif "inefficace" sont celles qui ont le plus de connaissances de la fertilité et de la prévention des grossesses. Elles sont suivies par le groupe des utilisatrices efficaces. Celles qui n'utilisent aucune contraception ont le moins de connaissances.

Depuis les premières études sur le sida, les connaissances générales des jeunes, bien qu'incomplètes, semblent s'être améliorées (Fisher et Misovich, 1990; Hingson et al., 1990a; Santé Québec, 1991). Les taux actuels de bonnes réponses aux tests de

connaissance du sida, se regroupent entre 70 % et 78 % (Andre et Bormann, 1991; Beaman et Strader, 1989; DiClemente et al., 1990; Gaudreau et Dupont, 1991; King et al., 1989; Varnhagen et al., 1991). Par contre, Hudson et al. (1990) obtiennent un score de 84%. Vers 1985, les meilleures performances obtenues approchaient tout juste les 50 % (Price et al., 1985). En 1986, à San Francisco, seulement 60 % des jeunes savaient que le condom aide à prévenir le sida, la minorité savait que cette maladie ne se guérit pas, même soignée tôt (37 %), ni ne se prévient par un vaccin (25 %) (DiClemente et al., 1986).

Les faits médicaux relatifs au virus du sida et à son action (l'absence de symptôme durant la période de latence, la durée possible de cette période, l'absence de traitement et la morbidité) sont les données les moins bien connues par l'ensemble des jeunes (Andre et Bormann, 1991; Beaman et Strader, 1989; DiClemente et al., 1986; Gaudreau et Dupont, 1991; King et al., 1989; Santé Québec, 1991; Varnhagen et al., 1991). Ceux qui croient que le sida se soigne pourraient être peu convaincus de l'utilité de la prévention, ils répondent trois fois plus souvent que la pilule protège du sida et des MTS (Santé Québec, 1991). Selon DiClemente et al., même en 1991, le test du sida est peu connu.

Les jeunes réussissent mieux les énoncés se rapportant à la transmission et à la prévention (Anderson et al., 1990; Andre et Bormann, 1991; Drolet, 1989; Santé Québec, 1991; Siegel et al., 1991; Sonenstein et al., 1989). La transmission du virus

entre partenaires homosexuels et hétérosexuels, lors des relations sexuelles vaginales et anales est bien connue. Il en est de même pour les échanges de seringues. Certains s'imaginent que la pilule protège des MTS et du sida (Anderson et al., 1990; Gaudreau et Dupont, 1991; Santé Québec, 1991). D'autres ambiguïtés demeurent, elles concernent les risques relatifs aux baisers, aux contacts de la salive, aux relations bucco-génitales et aux dons et transfusions de sang (Anderson et al., 1990, DiClemente et al., 1986; Goodman et Cohall, 1989; Hingson et al., 1990b; King et al., 1989). Les messages parfois contradictoires des média pourraient être partiellement la cause de ces ambiguïtés.

DiClemente et al. (1990), mettent en relief la différence entre deux tâches d'apprentissage: l'acquisition de connaissances justes et la rectification des fausses conceptions. A leur test de connaissances (The College Health Survey), les adolescents obtiennent une moyenne plus faible pour la partie "fausses conceptions" que pour la partie transmission et prévention (3,9/6 et 11,3/15 respectivement, soit l'équivalent de 65% et 75%). Pour une bonne part de ces étudiants au secondaire, des gestes tels que partager son verre, embrasser et éternuer sont considérés comme des comportements à risque. Quelques chercheurs obtiennent des résultats similaires auprès de populations collégiales (Freimuth et al., 1997; Gottlieb et al., 1988; McDermott et al., 1987).

D'autres erreurs sont aussi commises par 5% à 14% des adolescents. Ils craignent la contamination en utilisant les sièges de toilette, en donnant une poignée de main ou en échangeant des ustensiles, de la vaisselle ou des aliments. Certains pensent que les

insectes peuvent transmettre le virus (Anderson et al., 1990; Goodman et Cohall, 1989; Hingson et al., 1990; King et al., 1989). Ces fausses conceptions sont en relation avec la peur fréquente d'être contaminé et la phobie des sidéens (Siegel et al., 1991). Elles pourraient aussi, parce qu'elles peuvent s'associer ou engendrer un sentiment d'impuissance face à une fatalité non contournable, avoir un effet inhibiteur sur les comportements préventifs.

Actuellement, la grande majorité des jeunes croit en l'efficacité du condom comme mesure prophylactique (Beaman et Strader, 1989; DiClemente et al., 1990; King et al., 1989; Santé Québec, 1991; Siegel et al., 1991; Sonenstein et al., 1989; Strunin et Hingson, 1987; Varnhagen et al., 1991). Par contre, son mode d'utilisation est moins bien connu. On ignore que son action est plus efficace si on le combine à un produit spermicide et qu'il est plus confortable à utiliser si on utilise un lubrifiant à base aqueuse au lieu de vaseline ou d'huile de massage qui en altèrent les propriétés (Hudson et al., 1990; Gaudreau et Dupont, 1991; King et al., 1991).

Le niveau de connaissances relatives aux MTS serait comparable à celui se rapportant au sida (Santé Québec, 1991). Avec un questionnaire plus détaillé que celui utilisé par l'équipe de Santé Québec, Gaudreau et Dupont (1991) constatent une méconnaissance des symptômes ou de l'absence de symptôme, de la possibilité d'être réinfecté par la même maladie, des complications et du traitement des MTS. Ces items, par rapport aux questions sur le sida, sont les plus faiblement réussis par son échantillon

d'adolescents. Massé et Duquet (1989), dans un milieu scolaire ayant transmis de l'information sur les MTS, obtiennent des résultats comparables quant à la transmission et à la prévention; par contre, les adolescents savent mieux quoi faire en cas d'infection.

La vaste enquête canadienne de King et al. (1989) fait aussi état de lacunes importantes. Selon les groupes d'âge, de 33 % à 46 % croient que les MTS peuvent être contractées en s'asseyant sur un siège de toilette, de 27 % à 61 % ignorent qu'ils peuvent avoir plus d'une fois la même MTS, et de 46 % à 67 % ne savent pas qu'il y a des risques de contracter l'herpès en pratiquant les relations orales-génitales. Certains pensent, les plus jeunes surtout, que la pilule immunise contre les MTS.

Bien que les connaissances des jeunes sur le sida et les MTS soient incomplètes, elles se comparent avantageusement à celles des adultes (Valdiserri et al., 1989). Chez les jeunes de 14-19 ans, ces connaissances augmentent avec l'âge et la scolarité ou le nombre d'heures d'enseignement reçues à l'école sur le sujet (Beaman et Strader, 1989; Gaudreau et Dupont, 1991; King et al., 1989; Santé Québec, 1991). Les filles obtiennent généralement de meilleurs scores que les garçons. Fait à souligner, les résidents des petites villes obtiennent un score de connaissances plus faible que leurs congénères des plus grandes agglomérations (Santé Québec, 1991).

Pour l'ensemble des auteurs, il n'y a pas de lien significatif entre les connaissances et l'adoption de comportements préventifs comme l'utilisation régulière du

condom (Baldwin et Baldwin, 1988; Beaman et Strader, 1989; Becker et Joseph, 1988; Bishop et Lipsitz, 1988; DiClemente et al., 1990; Hingson et al., 1990b; Kegeless et al., 1988; Keller et al., 1988; Weisman et al., 1991a). DiClemente et al. (1990) rapportent même plus de comportements préventifs chez ceux qui ont le moins de connaissances. Pour leur part, Stall et al. (1988) ainsi que Fisher et Misovich (1990), concluent que les connaissances sont nécessaires mais insuffisantes pour provoquer l'adoption de comportements préventifs.

Par contre, en 1987, 15% de l'échantillon de Strunin et Hingson déclarait avoir modifié ses comportements à cause de sa connaissance du sida. De ce groupe, seulement 20% rapportaient utiliser le condom ou pratiquer l'abstinence. Deux années plus tard, près de 40% de l'échantillon de Goodman et Cohall (1989) déclare avoir changé de comportements dans les derniers six mois. Pour ceux-ci, le risque perçu ($p=0,027$), le sentiment d'être concerné ($p=0,034$) et les connaissances ($p=0,022$) sont corrélés avec ces changements de comportements. Dans le sous-groupe qui rapporte des changements, 67% disent utiliser régulièrement le condom, 59% et 57% disent pratiquer la monogamie ou être plus sélectifs dans leur choix de partenaires et 16% disent pratiquer l'abstinence. Mais, ces déclarations sont peu congruentes avec les comportements rapportés. En effet, de ceux qui déclarent utiliser le condom, seulement 79% sont actifs sexuellement et, parmi eux 64% l'ont effectivement utilisé lors de leur dernière relation sexuelle ($p=0,02$). Il est probable que cette proportion diminuerait encore sensiblement si on

vérifiait la régularité de l'utilisation du condom. Précisons aussi que le tiers de ceux qui se disent abstinents ont eu une relation sexuelle dans la dernière semaine.

En 1991, c'est la majorité des jeunes qui se déclare plus sélective dans le choix des partenaires sexuels (Varnhagen et al.). Nous retiendrons surtout que ces allégations sont peu fiables; l'effet de la désirabilité sociale pourrait bien les gonfler.

Une étude récente (Anderson et al., 1990) tire des conclusions qui diffèrent de l'ensemble de la recherche. Le nombre de bonnes réponses au test de connaissances est en relation avec l'utilisation du condom et le fait d'avoir eu moins de partenaires sexuels dans sa vie et dans l'année qui précède. Chaque bonne réponse multiplie par un facteur de 1,1 l'utilisation du condom. Le pourcentage d'utilisateurs réguliers du condom augmente proportionnellement avec le nombre de bonnes réponses obtenues au test de connaissances.

Même si la majorité des auteurs s'entend pour affirmer que les connaissances ne sont pas en lien étroit avec les comportements préventifs et puisque certains sont plus nuancés dans leur conclusion, nous inclurons cette variable dans notre recherche.

Les Attitudes envers l'Utilisation du Condom

L'attitude est définie comme étant la somme des sensations, idées, convictions et sentiments relatifs à un objet déterminé (Thurstone, 1928; 1929: voir Debaty, 1967).

Elle est fonction d'autres variables et est par le fait même complexe et ambiguë. D'autres auteurs soulignent cette complexité en identifiant ses trois composantes: cognitive, affective et comportementale (Gergen et Gergen, 1984; Thomas et Alaphilippe, 1983). L'attitude serait fondée sur des connaissances et des perceptions à propos d'un objet à partir desquelles une évaluation favorable ou défavorable serait portée pour enfin orienter l'action de l'individu.

Ajzen (1985), Ajzen et Fishbein (1980) et Fishbein et Ajzen (1975) ont développé un modèle où les attitudes spécifiques pourraient aider à prédire des comportements spécifiques. La psychologie sociale a largement appliqué et appuyé cette théorie de l'action raisonnée. Actuellement, de nombreuses recherches s'en inspirent pour étudier les facteurs en lien avec l'adoption de comportements préventifs des MTS et du sida. Nous examinerons maintenant les attitudes des adolescents vis-à-vis le sida et l'utilisation du condom en relation avec la constance de son usage.

Certaines attitudes reliées à l'usage du condom ou du moins favorisant l'intention de l'utiliser ont été identifiées. Chez les filles, on retrouve la spontanéité dans l'expression de la sexualité, la simplicité de son utilisation, le fait qu'il soit considéré comme propre, populaire auprès des pairs et qu'il requiert du contrôle chez le partenaire. Pour les garçons, la spontanéité possible, sa facilité d'utilisation et sa popularité s'ajoutent à l'appréciation de la partenaire et à la satisfaction d'agir de façon responsable (Kageles et al., 1989; Pleck et al., 1990). Selon Pleck et al. (1991), ces deux dernières variables

sont en lien étroit avec l'usage constant du condom chez les garçons. Varnhagen et al. (1991) et Santé Québec (1991) concluent que les attitudes tant positives que négatives vis-à-vis l'utilisation du condom (image projetée, protection et attitude responsable), ne distinguent pas les utilisateurs réguliers de ceux qui ne l'utilisent que rarement ou jamais.

Bien que garçons et filles reconnaissent les qualités préventives du condom contre les MTS, le sida et les grossesses, ce facteur ne serait pas en lien avec l'intention, l'utilisation et la constance dans l'usage (Gaudreau et Dupont, 1991; Kageles et al., 1988; 1989; Pleck et al., 1990; 1991). Par contre, d'autres auteurs soutiennent le contraire, (Hingson et al., 1990; Siegel et al., 1991; Strunin et al., 1990). Dans l'échantillon de Siegel et al., 80% de ceux qui croient le condom efficace à protéger du sida disent l'utiliser toujours ou souvent alors que parmi ceux qui ne le croient pas efficace, seulement 40% rapportent la même fréquence d'usage. L'équipe d'Otis et al. (1991), soutient une position plus nuancée; la perception de l'efficacité du condom contre les MTS ne distinguerait pas les utilisateurs constants des utilisateurs occasionnels ou des non utilisateurs. Toutefois, les utilisateurs constants sont davantage convaincus de sa valeur contraceptive et du sentiment de sécurité que procure son utilisation; ils accordent aussi une plus grande valeur à ces deux attitudes.

L'embarras, l'inconfort et la diminution du plaisir ressentis par les garçons et le désagrément qu'éprouvent les filles réduisent l'usage du condom (Kageles et al., 1989; Otis et al., 1991; Pleck et al., 1990; 1991; Traëen et al., 1989). L'élément plaisir

semble des plus importants. Pour Catenia et al. (1989), la perception du plaisir/ déplaisir à utiliser le condom est le second des deux seuls prédicteurs de son usage ($\chi^2 = 6,99$, $p=0,008$). Les utilisateurs occasionnels et les non utilisateurs sont plus négatifs à l'égard du condom. Les utilisateurs occasionnels sont plus susceptibles de le voir comme déplaisant ou de croire que son utilisation est un signe de méfiance entre partenaires (Otis et al., 1991; Santé Québec, 1991). Les non utilisateurs rapportent davantage que le condom diminue le plaisir (ratio de cotes=3,13) ou qu'il est embarrassant (ratio de cotes=2,36) (Hingson et al., 1990a).

La perception du peu de barrières (acheter, défrayer et installer le condom soi-même) jouerait un rôle prédictif de la constance de son utilisation (Hingson et al., 1990b; Hudson et al., 1990). Les barrières telles que la gêne à l'acheter soi-même et le coût sont les mêmes pour les utilisateurs constants ou non, mais ces derniers éprouvent un peu plus de difficulté à l'installer et à en avoir sous la main au bon moment (Hingson et al., 1990a; Otis et al., 1991). Selon Varnhagen et al. (1991), une seule barrière distingue les usagers plus réguliers des autres: ils seraient plus à l'aise d'acheter le condom en magasin. En contrepartie, Santé Québec (1991) démontre que l'accessibilité n'est pas perçue comme une barrière à l'utilisation.

En général, les adolescents non expérimentés sexuellement se montrent plus négatifs envers l'utilisation du condom que ceux qui sont actifs sexuellement (Pleck et al., 1991; Varnhagen et al., 1991). Ils craignent davantage un jugement défavorable ou que

leurs parents ou amis en découvrent dans leurs affaires (Santé Québec, 1991; Varnhagen, 1991). On pourrait penser qu'ils sont plus mal à l'aise avec leur éventuelle activité sexuelle qu'avec le condom comme tel.

On pourrait résumer ainsi les attitudes envers l'utilisation du condom: les utilisateurs constants tendent à minimiser les inconvénients et à donner plus de valeur aux avantages, alors que ceux qui l'utilisent peu ou pas diminuent le poids des avantages et augmentent celui des inconvénients.

Les adolescents plus jeunes, autant lors de la première relation sexuelle qu'en général, sont plus susceptibles d'utiliser le condom (Hingson et al., 1990b; Pleck et al., 1991; Santé Québec, 1991). Pour leur part, Gaudreau et Dupont (1991) n'ont pu établir de lien entre les attitudes envers la prévention et l'âge.

Les garçons ont une perception du condom plus négative que les filles. Ils croient davantage que son utilisation réduit leur plaisir sexuel (Hingson et al., 1990b; Otis et al., 1991; Siegel et al., 1991; Varnhagen et al., 1991). Ils sont aussi plus susceptibles de rapporter la responsabilité vis-à-vis la prévention des grossesses et des MTS et l'appréciation de leurs partenaires comme facteurs incitatifs à son usage (Kageles et al., 1989; Otis et al., 1991; Pleck et al., 1990; 1991; Varnhagen et al., 1991). Quant à elles, les filles auraient plus de résistance à acheter, défrayer, avoir sous la main et installer le condom. Elles sont significativement plus susceptibles de parler du sentiment

de sécurité que son usage leur procure mais aussi à en craindre le bris ($p < 0,0001$) (Otis et al., 1991).

Les adolescents québécois ont une attitude générale un peu plus positive que leurs congénères canadiens envers l'utilisation du condom (King et al., 1989). Seulement 14 % des jeunes du Québec auraient des attitudes franchement négatives à l'égard de son utilisation (Santé Québec, 1991).

L'Aptitude à Communiquer à Propos de Prévention des Grossesses et des MTS

Nombre d'auteurs recommandent le développement d'habiletés de communication comme pouvant favoriser l'utilisation du condom chez les jeunes (Association canadienne de santé publique, 1990; Catania et al., 1989; Girard et Dupont, 1990; Miller et Dawner, 1988; Santé Québec, 1991; Siegel et al., 1991; Svenson et Varnhagen, 1990; Teasdale et St-Onge, 1990; Weisman et al., 1989).

Quelques études mettent en relation l'habileté de communiquer à propos du condom et de son utilisation. Ce serait pour Catania et al. (1989), le plus fort prédicteur d'usage ($\chi^2 = 62,85$, $p < 0,0001$). L'enquête Santé Québec (1991), pour la tranche des 15-19 ans, obtient la communication comme premier facteur favorisant une plus grande utilisation du condom, avant même le facteur disponibilité (66 % vs 52 %).

La communication à propos des risques de sida et de l'utilisation du condom, avant la première relation sexuelle, diminue l'embarras à l'utiliser. Les utilisateurs sont alors plus susceptibles que ceux qui ne le font pas d'interroger leurs partenaires sur leurs comportements à risque (32% vs 21%, $p < 0,001$). Une proportion de 78% rapporte accepter son utilisation si le partenaire en fait mention mais seulement 30% dit le demander (Hingson et al., 1990a).

Les garçons s'attendent à ce que les filles leur demandent de l'utiliser, mais celles-ci sont réticentes à le faire (Kegeles et al., 1988), surtout dans le cadre d'une relation stable (Weisman et al., 1991a). Pourtant, la constance des garçons à utiliser le préservatif est en relation avec les attentes de la partenaire (Pleck et al., 1991). Chez la fille, l'habileté à réclamer de son partenaire l'usage du condom multiplie par cinq sa propre constance à l'utiliser (Weisman et al., 1991a).

Des études antérieures rapportaient aussi un lien positif entre l'habileté à communiquer entre partenaires et l'utilisation d'une contraception efficace (Levinson, 1986; Polit-O'Hara et Kahn, 1985).

Les Normes Perçues chez les Pairs à Propos des Relations Sexuelles et de l'Utilisation de Moyens Contraceptifs et Préventifs

Dans le Petit Robert (1979), norme est définie comme un "état habituel, conforme à la majorité des cas". Dans la littérature, on retrouve divers vocables tels les attentes

sociales, les attitudes normatives et les normes pour un concept qu'on pourrait définir comme suit: croyances d'un individu à propos des idées, personnes ou groupes spécifiques sur un comportement qu'il croit devoir ou non adopter (Ajzen et Fishbein, 1980; Fishbein et Ajzen, 1975).

Il existe un lien entre les attentes perçues chez les parents et les pairs et les comportements sexuels des adolescents (Milan et Kilmann, 1987; Miller et Moore, 1990). Ces attentes perçues influenceraient aussi leur déclaration de comportements sexuels (Lemieux, 1993).

Quelques auteurs recommandent d'explorer plus à fond la relation possible entre la norme perçue par l'adolescent chez les pairs quant aux comportements contraceptifs et préventifs à adopter et les comportements qu'ils rapportent avoir réalisés (Beauman et Strader, 1989; DiDlemente, 1990; Otis et al., 1991; Santé Québec, 1991). Les adolescents sont généralement plus susceptibles que les adultes d'être influencés par les valeurs du groupe de pairs étant donné leur manque d'expérience et leur peu de contacts avec les autres groupes d'âge (Fisher, 1988).

Pour les filles, selon Adler et al. (1990), les attitudes suivies des attentes des proches contribuent à prédire l'utilisation de la pilule contraceptive, du diaphragme, du condom et du retrait. Ces deux facteurs (attitudes et attentes) se retrouvent, dans le même ordre, pour prédire l'usage du condom et du retrait chez les garçons alors que les

attentes sociales, puis les attitudes, prédisent leur utilisation de méthodes féminines (pilule et diaphragme).

Les normes des pairs influenceraient l'utilisation de la contraception (Nathanson et Becker, 1986, Shah et Zelnick, 1981) mais non les comportements préventifs (Catania et al., 1989). Par contre, dans une étude récente auprès de 802 adolescents, DiClemente (1990) constate que la perception de l'utilisation du condom comme étant la norme chez les pairs est le seul facteur significatif qui en influence l'usage. D'autre part, près de la moitié des jeunes québécois, de 15 à 19 ans, qui ont participé à la récente enquête sur la sexualité (Santé Québec, 1991) mentionnent que le fait que plus de gens utilisent le condom les motiverait à l'utiliser plus régulièrement. Ces adolescents souhaiteraient l'exemple de personnes significatives pour les supporter dans l'intégration de l'utilisation du condom à leurs activités sexuelles.

Le raisonnement des adolescents pourrait être que si plus de gens autour d'eux utilisent le condom, cette utilisation deviendra la norme. Ils auraient alors moins à craindre la résistance du partenaire éventuel et une demande explicite de l'utiliser deviendrait ainsi bien plus facile à faire. De fait, la norme concernant la sexualité des jeunes a changé depuis les années '70. Celle concernant l'utilisation du condom pourrait aussi s'être modifiée depuis l'état pandémique du sida. Dans notre étude, nous chercherons donc à connaître la norme actuelle des adolescents quant à l'utilisation du condom et si elle influence leur utilisation.

Chapitre 2

Description de l'expérience

La description de l'échantillon étudié succèdera à la présentation des objectifs et questions de recherche. Une partie concernant l'épreuve expérimentale, les étapes de sa construction, l'analyse de sa consistance interne ainsi que l'indication de ses sources suivra. Finalement, la description des procédés et le traitement des données viendront clore ce chapitre.

Objectifs et Questions de Recherche

Les objectifs de recherche sont les suivants:

- i. Mesurer et comparer chez les garçons et chez les filles du secondaire
 - les connaissances relatives à l'utilisation et l'efficacité des moyens contraceptifs et préventifs ainsi que les connaissances de la définition, de la transmission et de la prévention du sida et des maladies transmises sexuellement,
 - les attitudes à l'égard de l'utilisation du condom,
 - les normes à l'égard des relations sexuelles et de l'utilisation du condom et de la pilule contraceptive chez les pairs,
 - l'aptitude à communiquer à propos de contraception et de prévention.
- ii. Vérifier s'il existe un lien entre les variables dépendantes et l'appartenance à l'un des groupes suivants:
 - (1a) utilisateurs efficaces de moyens contraceptifs et préventifs des MTS et du sida,

(1b) utilisateurs efficaces de moyens contraceptifs seulement,

(2) utilisateurs inefficaces,

(3) non utilisateurs de moyens contraceptifs et/ou préventifs

iii. Vérifier les différences entre les sexes en regard de nos variables à l'étude.

Suivent les questions exploratoires:

iv. Explorer les facteurs qui favorisent la communication à propos de la sexualité, de la contraception et de la prévention des MTS entre partenaires sexuels.

v. Explorer les motifs d'utilisation et de non utilisation du condom et, les facteurs qui en favoriseraient l'utilisation plus régulière chez les adolescents.

Echantillon

Au total, 540 adolescents ont participé à l'expérience. Ils ont été recruté dans deux écoles polyvalentes de la région du Bas-du-Fleuve.¹

Lors de l'expérimentation, tous les sujets étaient inscrits en IIIe, IVe et Ve années du secondaire régulier. Leur âge s'échelonnait entre 14,25 ans et 21 ans (un sujet); l'âge moyen était de 16 ans et 2 mois. La grande majorité d'entre eux avaient 15 ans (161 sujets), 16 ans (190 sujets) et 17 ans (89 sujets).

¹Il convient de remercier la direction et le personnel des polyvalentes de Cabano et de Saint-Pascal pour leur collaboration.

La première page du questionnaire: "Renseignements socio-démographiques" visait à recueillir des informations afin de décrire les sujets selon le sexe, l'âge, le niveau scolaire et le milieu familial.

La section: "Comportements sexuels" permettait de catégoriser les sujets en "actifs" ou "non actifs" sexuellement selon qu'ils déclaraient avoir déjà eu ou non au moins une relation sexuelle avec pénétration. Cette partie interrogeait également les adolescents sur la fréquence totale et par mois de leurs relations sexuelles, le nombre de leurs partenaires, leur âge lors de la première relation sexuelle, leur histoire personnelle de santé concernant les grossesses et les maladies transmises sexuellement ainsi que leur usage de moyens contraceptifs et préventifs.

Classification des Sujets

Une classification fut d'abord prévue pour répartir en trois groupes les sujets selon l'usage de moyens contraceptifs et préventifs. Les critères suivants définissaient ces groupes:

A. Groupe des usagers efficaces: avoir TOUJOURS utilisé une méthode contraceptive ou préventive lors des relations sexuelles et ne JAMAIS faire usage de méthodes contraceptives ou préventives inefficaces. Pour des fins d'analyse, ce groupe sera réparti en deux sous-groupes: (1) usagers protégés efficacement contre les MTS et les grossesses (2) usagers protégés efficacement contre les grossesses seulement.

B. Groupe des usagers inefficaces: NE PAS avoir TOUJOURS utilisé une méthode contraceptive lors des relations sexuelles et /ou avoir PARFOIS fait usage d'une méthode inefficace (rythme, retrait, douche ou mousse).

C. Groupe des non usagers: N'avoir JAMAIS utilisé de méthodes contraceptives, même inefficaces.

L'analyse des moyens contraceptifs et préventifs utilisés dans notre échantillon révèle que: (1) la pilule contraceptive, le condom, la mousse et le retrait préventif sont les seules méthodes utilisées et (2) seulement quelques adolescents déclarent n'avoir jamais fait usage de méthodes contraceptives ou préventives. Puisque le groupe des non usagers (10 sujets) ne peut être représentatif, ces sujets ont été intégrés au groupe des usagers inefficaces.

Nous conservons donc le groupe des usagers efficaces réparti en deux sous-groupes (efficaces contre les grossesses et MTS pour les utilisateurs réguliers du condom et efficaces contre les grossesses seulement pour ceux qui utilisent régulièrement la pilule seule ou en combinaison avec le condom à l'occasion) et le groupe des usagers inefficaces. Désormais, nous identifierons ainsi les trois groupes de la présente recherche: inefficace (1), contraception efficace (2) et prévention et contraception efficaces (3).

Épreuve Expérimentale

Le questionnaire utilisé pour réaliser la présente recherche a été construit par l'auteure. Il s'appuie sur une revue de littérature exhaustive.

Une version préliminaire a d'abord été élaborée. Elle réunissait le plus d'éléments possibles en rapport avec notre intérêt de recherche. Cette version a été pré-expérimentée à l'automne 1992 dans deux classes d'une école secondaire polyvalente de la Mauricie. Quelques modifications ont alors été apportées au questionnaire afin d'en améliorer la présentation et d'en faciliter la compréhension par les élèves.

La version finale du questionnaire comporte dix pages et demande approximativement 50 minutes pour être complétée. À partir de 495 questionnaires entièrement complétés (sur 540 répondants), nous avons procédé à une démarche de mesure de consistance interne qui nous a amené à éliminer certains éléments, pour conserver quatre échelles qui comportent un nombre différent d'items.

Consistance Interne des Quatre Échelles du Questionnaire

Connaissances

Cette partie comprends 40 items mesurant les connaissances relatives au sida et aux MTS, à la prévention des grossesses, à l'utilisation et l'efficacité de différentes

méthodes contraceptives et préventives. L'alpha de Cronbach (0,73) satisfait aux exigences de la recherche.

Attitude vis-à-vis l'Utilisation du Condom

La première version comprenait 20 items. Suite à une première analyse de consistance interne, deux items ont été retirés. Une fois modifiée, cette échelle comprend 18 items et obtient un alpha de 0,70.

Normes Perçues chez les Pairs

Cette partie se compose de six items mesurant les normes chez les pairs relativement aux relations sexuelles et à l'utilisation du condom et de la pilule contraceptive. L'alpha de Cronbach obtenu est satisfaisant (0,71).

Aptitude à Communiquer

Sept items composent cette échelle qui vise à mesurer l'aptitude à communiquer à propos de l'utilisation de moyens contraceptifs et préventifs. Cette partie ne s'adresse qu'aux étudiants actifs sexuellement. La mesure de consistance interne obtenue est de 0,76.

Validité

Les questions ont majoritairement été empruntées à différents auteurs. La consultation du Tableau 1 fournit cette information. La formulation de certaines questions a dû être modifiée afin de mieux l'adapter au contexte de la recherche ou pour la rendre plus actuelle (Appendice B, questions 3, 4, 5, 27, 28, 29). La version du questionnaire: "Attitude face au condom" de l'enquête Santé Québec a été utilisée (question 26). Le dernier item de cette question est un ajout tiré de l'échelle: "Beliefs associated with intentions to use condoms" de Kegeles et al. (1989). La question 23 visant à explorer les facteurs favorisant la communication à propos de l'usage du condom provient d'un questionnaire inédit: "Steady partners" de Morrison.²

Déroulement de l'Expérience

Lors de l'expérimentation (février, 1993), l'auteure a agi comme expérimentatrice dans tous les groupes. Au total, 23 périodes ont été nécessaires pour rencontrer les 23 groupes (7 en secondaire III, 8 en secondaire IV et 8 en secondaire V).

L'expérimentation s'est déroulée en classe, pendant les heures de cours, en présence d'enseignants connus des élèves. Pour les deux écoles visitées, les sujets ont été rencontrés au cours de la période de "Formation personnelle et sociale". La période d'une heure allouée était répartie de façon uniforme dans les groupes: présentation de la

²Communication personnelle

Tableau 1
Variables du Questionnaire et Références

Variables	Sources	Items no:
Connaissances	Morrison (1989) Roschovski et Gerner (1991) Pleck <u>et al.</u> (1991) Siegel <u>et al.</u> (1991) DiClemente <u>et al.</u> (1990) Santé Québec (1991) King <u>et al.</u> (1988)	3-4-5
Attitudes	Santé Québec (1991) Kegeles <u>et al.</u> (1989)	26
Normes	Otis <u>et al.</u> (1991)	27-28-29
Aptitudes à communiquer	Pleck <u>et al.</u> (1991) Varnhagen <u>et al.</u> (1991) Santé Québec (1991)	9-12-18 31 c-d
QUESTIONS EXPLORATOIRES		
Facteurs favorisant la communication	Morrison (non publié)	23
Motifs d'utilisation et de non utilisation du condom	Santé Québec (1991) Pleck <u>et al.</u> (1991) Siegel <u>et al.</u> (1991) Kegeles <u>et al.</u> (1989) Varnhagen <u>et al.</u> (1991)	19-20 21-22
COMPORTEMENTE SEXUELS et histoire de santé (grossesses et MTS)		
	Santé Québec (1991)	7-8-9
	Morrison (1989)	11
	Reschovski et Gerner (1991)	13-14
	Pleck <u>et al.</u> (1991)	16-17
	Varnhagen <u>et al.</u> (1991)	24-25

chercheuse et de la recherche, consignes, passation collective, cueillette des questionnaires complétés individuellement et remerciements.

Seuls l'âge et le sexe étaient demandés pour respecter l'anonymat des répondants.

La confidentialité des réponses était assurée par les faits suivants:

1. le questionnaire a été construit de façon à ce qu'il demande à peu près le même temps à être complété, que le sujet soit ou non actif sexuellement,
2. les consignes de réponses étaient données aux groupes,
3. une consigne additionnelle demandait aux sujets de ne pas se lever ni pendant, ni après l'expérimentation.

L'expérimentation s'est déroulée comme suit. Après s'être présentée et avoir remercié l'enseignant et les élèves pour leur accueil favorable, l'expérimentatrice indique le motif pour lequel elle sollicite la collaboration des étudiants:

"Je vous demande votre collaboration pour participer à une recherche sur les comportements sexuels et contraceptifs des adolescents de votre région. Mon objectif est de mieux cerner votre réalité, sans doute différente des grands centres comme Montréal, afin d'adapter autant que possible à vos besoins particuliers les interventions éducatives futures."

L'expérimentatrice donne ensuite à haute voix les consignes pour répondre adéquatement au questionnaire (Appendice A), après avoir distribué une copie du

questionnaire à chacun. Au fur et à mesure que les élèves ont terminé, elle recueille leur copie complétée et vérifie si toutes les questions ont bien été répondues. Avant de quitter, l'expérimentatrice s'adresse une dernière fois au groupe:

"Je vous remercie très sincèrement pour votre précieuse collaboration sans laquelle la réalisation de mon projet de recherche n'aurait pas été possible."

Traitement des Données

Les variables dépendantes de cette recherche sont les suivantes: fréquence totale (1) et par mois (2) des relations sexuelles, âge à la première relation sexuelle (3), nombre total de partenaires (4), connaissances générales de la fécondité, de la contraception, des MTS et du sida (5), attitudes vis-à-vis l'utilisation du condom (6), normes des pairs à l'égard des relations sexuelles et de l'utilisation de la pilule contraceptive et du condom (7) et aptitudes à communiquer avec le partenaire sexuel à propos de contraception et de prévention (8).

Les variables indépendantes sont le sexe et l'appartenance à l'un des trois groupes contraceptifs: utilisateurs inefficaces (1), utilisateurs efficaces de moyens contraceptifs seulement (2) et utilisateurs efficaces de moyens contraceptifs et préventifs du sida et des MTS (3).

Cette recherche en est une de type corrélationnelle, aucune des variables n'a été contrôlée ou manipulée par l'auteure.

Pour ce qui est du traitement statistique des données recueillies, afin de répondre au premier objectif, des tableaux de fréquence et des χ^2 ont d'abord été exécutés. Ils permettent de décrire l'échantillon total étudié et plus spécifiquement la population sexuellement active. Les renseignements socio-démographiques et les variables dépendantes ont servi à cette description. Des tests-t ont ensuite été exécutés pour comparer garçons et filles pour chacune des variables dépendantes retenues. Ainsi, les volets de mesure ou d'identification et celui de comparaison entre les sexes pour chacune des huit variables dépendantes sont couverts.

Des analyses de variance univariée à trois niveaux ont été utilisées pour vérifier le deuxième objectif qui consiste à examiner s'il existe un lien entre les variables dépendantes et l'appartenance à l'un des trois groupes d'utilisateurs de moyens contraceptifs ou préventifs. Auparavant, l'exécution de χ^2 a permis de connaître l'influence des variables sexe et niveau scolaire relativement à l'usage des méthodes contraceptives et préventives. Des tests-t ont rendu possibles des comparaisons à un autre niveau entre les groupes: (1) les adolescents protégés inefficacement versus ceux qui se sont protégés efficacement contre les grossesses, (2) ceux qui sont efficacement protégés à la fois contre les MTS, le sida et les grossesses et ceux qui ne répondent pas à des critères de protection aussi complets.

Enfin, une analyse de variance "Manova" nous a permis de déceler s'il y a corrélation entre le sexe et l'appartenance à un groupe et les huit variables étudiées (3^e et dernier objectif de recherche). Une matrice de corrélation entre les variables mesurées a complété cette série d'analyses.

Pour leur part, les questions exploratoires ont fait l'objet de mesures de fréquence et de χ^2 entre garçons et filles, ainsi qu'entre actifs et non actifs sexuellement.

Chapitre 3

Résultats

Ce chapitre se divise en deux parties. La première présente l'analyse des résultats visant à vérifier les objectifs de recherche. La seconde partie couvre l'analyse des résultats obtenus relativement aux deux questions exploratoires.

Objectifs de Recherche

Nous entreprendrons la description de la population d'après les renseignements socio-démographiques recueillis et l'histoire de santé personnelle quant aux grossesses et aux MTS. Les variables mesurées contribueront à brosser un tableau descriptif plus complet. Chaque fois que ce sera pertinent, les filles et les garçons seront comparés. Puis, les différences entre les trois groupes formés selon l'usage de moyens contraceptifs ou préventifs suivront. Enfin, la possibilité de corrélations entre les variables sera rapportée.

Description et Comparaison entre Filles et Garçons

La population de cette étude comporte 540 sujets (293 filles et 247 garçons) dont l'âge moyen est de 16 ans et 2 mois. Comme l'indique le Tableau 2, plus du tiers ont eu au moins une relation sexuelle avec pénétration, proportionnellement un peu plus de

Tableau 2

Répartition de la Population Totale et de la Population Active Sexuellement selon le Sexe

Sexe	Pop. totale		Pop. act. sex.		% de la p. act. sex./ p. totale
	n.	%	n.	%	
Filles	293	54,2	109	55,9	37,2
Garçons	247	45,8	86	41,1	34,8
Total	540	100	195 ¹	100	36,1

¹ En raison de données manquantes ou de réponses incohérentes, neuf sujets ont dû être éliminés faisant passer de 204 à 195 le nombre total de sujets actifs sexuellement.

filles que de garçons. Chez les sujets actifs sexuellement, l'âge moyen est de 16 ans et 7 mois, l'écart-type est de 12 mois.

Le Tableau 3 présente la répartition des sujets actifs sexuellement selon leur niveau scolaire. Comme on pouvait s'y attendre, autant le nombre que la proportion d'étudiants actifs sexuellement croissent avec l'approche de la fin du secondaire. Ainsi, chez les cadets, près du quart (23%) se déclarent actifs sexuellement; en secondaire quatre, un peu plus du tiers (34,7%), soutiennent la même affirmation, alors qu'en cinquième secondaire, c'est tout près de la moitié des élèves (49,4%) qui affirment avoir eu au moins une relation sexuelle avec pénétration.

Tableau 3

Répartition de la Population Totale et de la Population active
Sexuellement selon le Niveau Scolaire

Niveau scolaire	Pop. totale		Pop. act. sex.		% de la p. act. sex./ p. totale
	n	%	n	%	
Sec. III	161	29,8	37	19,0	23,0
Sec. IV	199	36,9	69	35,4	34,7
Sec. V	180	33,3	89	45,6	49,4
Total	540	100	195	100	36,1

Près de 80% des sujets actifs sexuellement vivent avec leurs deux parents, les autres vivent dans une famille monoparentale ou reconstituée, sauf 2,5% (5 sujets) qui vivent seuls ou avec un partenaire, en appartement. Dans la population totale, les proportions diffèrent légèrement, elles sont de 83% et 16% pour la vie familiale, seulement 1% des sujets vit en dehors du foyer.

Les variables ayant trait à l'expérience sexuelle permettent de mieux cerner le groupe de sujets qui ne sont plus vierges.

Parmi les 109 filles sexuellement actives, huit rapportent avoir déjà été enceintes au moins une fois. Parmi elles, cinq ont accouché, deux ont choisi l'avortement et une aurait avorté spontanément. De plus, 13 adolescentes déclarent avoir fait usage de la pilule du lendemain.

Au total, 34 sujets (17,4%), filles et garçons disent avoir déjà eu des symptômes les laissant croire qu'ils avaient contracté une maladie transmise sexuellement. Aussi, 14 sujets (7,2%) ont déjà reçu des traitements à la suite d'un diagnostic de MTS.

Expérience Sexuelle

Pour l'ensemble des sujets actifs sexuellement, la médiane est de 13 pour la fréquence totale des relations sexuelles. On observe une grande variation dans la population; si 34 adolescents disent n'avoir eu qu'une seule relation sexuelle, 37 sujets affirment en avoir eu plus d'une centaine. Les filles rapportent significativement plus de relations sexuelles que les garçons: $t(184,78)=3,29$, $p=0,001$. Il faut préciser que pour la fréquence des coïts, la moyenne ne saurait être représentative puisqu'après un certain nombre de relations sexuelles, le nombre total ne peut être qu'approximatif. De plus, les étudiants ont reçu la consigne d'inscrire "plus de 100" si telle était leur évaluation du nombre total de relations sexuelles vécues.

Parmi les 195 sujets actifs sexuellement, 125 (64%) rapportent avoir des relations sexuelles régulièrement, pour une moyenne de 8 relations sexuelles par mois. L'écart-type (7,8) souligne encore la grande disparité dans la fréquence du coït chez ces adolescents. Là aussi, les filles déclarent une plus grande fréquence que les garçons (10 vs 5 coïts par mois). La différence est significative: $t(122,53)=3,64$, $p<0,0001$.

Tableau 4

Distribution de la Population Active Sexuellement
selon le Nombre de Partenaires

	n	%
1 partenaire	93	48,4
2 partenaires	37	19,3
3 partenaires	26	13,5
4 à 7 partenaires	31	16,1
8 à 15 partenaires	5	2,6
Total	192 ¹	100

¹ données manquantes pour trois sujets

L'âge moyen déclaré lors de la première relation sexuelle est de 14 ans et 10 mois, avec un écart-type de 14 mois. L'écart d'âge observé, au moment du passage de la virginité à la relation sexuelle, est de 11 ans à 18 ans. On ne note aucune différence entre les filles et les garçons: $t(162,71)=0,07$, $p>0,05$.

Pour les sujets actifs sexuellement, le nombre de partenaires varie de 1 à 15 (voir le Tableau 4). Près de la moitié de ces adolescents rapportent n'avoir eu qu'un partenaire, un cinquième en ont eu deux, alors que le tiers en déclarent trois ou plus. Un petit nombre (5), parmi ceux qui rapportent le plus de partenaires sexuels en ont eu de 8 à 15. La médiane pour l'ensemble est de deux partenaires. Les filles disent avoir eu en moyenne 2,2 partenaires alors que les garçons font état d'une moyenne de 2,5 partenaires; la différence n'est toutefois pas significative: $t(179,13)=-0,94$, $p>0,05$.

Tableau 5
Connaissances de la Contraception et de la Prévention

	Population totale		Population active sex.	
	moy.	é-t	moy.	é-t
Filles	30,1	4,3	31,5	3,9
Garçons	29,4	4,9	29,4	5,1
Total	29,8	4,6	30,6	4,6

Autres Variables Dépendantes

La partie du questionnaire Connaissances comprenait 40 items portant sur l'utilisation et l'efficacité des moyens contraceptifs et préventifs et sur la définition, la transmission et la prévention des MTS et du sida (Appendice B, questions: 3, 4, 5 et 6). Chaque item valait un point, pour un maximum de 40.

Les moyennes pour le test Connaissances sont de 30,6 pour les sujets actifs sexuellement et de 29,4 pour les sujets vierges; la différence est significative: $F=8,9, p=0,01$. Chez les élèves sexuellement actifs, les filles ont significativement plus de connaissances que les garçons: $t(154,87)=3,21, p<0,01$. Leurs scores ont aussi plus tendance à se regrouper près de la moyenne (Tableau 5).

La partie du questionnaire qui mesure l'Attitude vis-à-vis l'utilisation du condom comprend 18 items valant de un à quatre points (Appendice B, question 26, de a à r).

Tableau 6
Attitude vis-à-vis l'Utilisation du Condom

	Population totale		Population active sex.	
	moy.	é-t	moy.	é-t
Filles	58,4	6,8	58,9	6,6
Garçons	55,4	7,8	55,0	9,4
Total	57,0	7,3	57,2	8,2

Les items positifs ayant été recodés, les scores produits peuvent s'étaler entre 18 et 72.

Un chiffre élevé correspond à une attitude plus positive.

Dans le groupe des sujets actifs sexuellement, les scores oscillent entre 34 et 72.

Les filles seraient significativement plus positives que leurs pairs masculins vis-à-vis l'utilisation du condom (58,9 vs 55; $t(145,93)=3,34$, $p=0,001$). Ici aussi, les scores des filles sont moins dispersés autour de la moyenne que ceux des garçons (Tableau 6). Cet écart entre garçons et filles se maintient dans la population totale ($F=2,27$, $p<0,0001$). On n'observe toutefois aucune différence significative entre les sujets vierges et les non vierges relativement à l'attitude envers l'usage du condom (56,9 vs 57,2; $F=0,15$, $p>0,05$).

La section du questionnaire visant à mesurer l'Aptitude à communiquer à propos de contraception et de prévention a été complétée uniquement par les adolescents actifs

sexuellement. Cette partie comportait sept items valant un point chacun (Appendice B, questions 9, 12a, b et c, 18, 30a et b).

Sur un maximum possible de sept points pour l'aptitude à communiquer, les adolescents qui ont eu au moins une relation sexuelle obtiennent un score moyen de 4,93; l'écart-type est de 1,7. Entre les filles et les garçons, la légère différence obtenue n'est pas significative (5 vs 4,9 respectivement; $t(166,39)=0,18$, $p>0,05$).

Enfin, pour tester la variable "Normes perçues chez les pairs relativement à la sexualité et à l'usage de la pilule contraceptive et du condom", le questionnaire comportait six items (questions 27, 28 et 29), valant de un à quatre points, pour des scores s'échelonnant possiblement entre 6 et 24. Un score élevé indique des normes moins restrictives.

Dans le groupe des actifs sexuellement (Tableau 7), les filles, par rapport aux garçons, ont tendance à estimer plus élevé le nombre de leurs pairs ayant des relations sexuelles ou utilisant la pilule contraceptive ou le condom ($t(159,5)=2,99$, $p<0,01$). Entre les sujets actifs sexuellement et les sujets vierges, on observe également un écart significatif (16,7 vs 14,3, $F=53,3$, $p<0,001$).

En bref, les filles de cette échantillon, comparativement aux garçons, ont eu plus de relations sexuelles au total et par mois, elles ont aussi plus de connaissances, sont plus positives envers l'utilisation du condom et ont plus tendance à croire que les adolescents

Tableau 7

Normes Perçues chez les Pairs Relativement à la Sexualité et à l'Utilisation de la Pilule Contraceptive et du Condom

	Population totale		Population active sex.	
	moy.	é-t	moy.	é-t
Filles	15,5	3,8	17,3	3,0
Garçons	14,8	3,7	15,9	3,7
Total	15,2	3,7	16,7	3,4

de leur âge ont, comme elles, des relations sexuelles ou qu'ils utilisent régulièrement la pilule contraceptive ou le condom. Les sujets vierges ont moins de connaissances et ont moins tendance à croire que leurs pairs sont actifs sexuellement. Leur attitude vis-à-vis l'utilisation du condom ne diffère toutefois pas de celle de leurs compères non vierges.

Comparaison entre les Groupes selon l'Usage de Moyens Contraceptifs et Préventifs

L'appartenance à l'un des trois groupes: "inefficace" (1), "contraception efficace" (2) et "prévention et contraception efficaces" (3) a été déterminé à partir des réponses aux questions 7, 10 et 15 du questionnaire (Appendice B).

Rappelons que le groupe "inefficace" comprend ceux qui n'utilisent aucun moyen contraceptif ou préventif, ou qui font usage de moyens inefficaces ou encore, qui utilisent des moyens efficaces mais de façon irrégulière. Le groupe "contraception efficace" est composé de ceux qui ont protégé toutes leurs relations sexuelles avec la pilule

contraceptive. Pour sa part, le groupe "prévention et contraception efficaces" est composé des adolescents qui utilisent toujours le condom, seul ou en association avec la pilule contraceptive, des mousses, gelées ou crèmes spermicides (voir le Tableau 8).

Variable Sexe

La variable sexe influence l'appartenance à l'un des trois groupes: $\chi^2=6,179$, $p<0,001$. Les filles se retrouvent à 40,4% dans le groupe "contraception efficace" tandis que les garçons s'y font rares (9,3%); par contre, près de la moitié de ceux-ci se retrouvent dans le groupe efficacement protégé à la fois contre les grossesses et les MTS (30,3% pour les filles vs 47,7% pour les garçons). Ces proportions selon le sexe sont significativement différentes: $\chi^2=88,075$, $p<0,0001$). De fait, les filles ont davantage tendance à se protéger des grossesses: $\chi^2=3,918$, $p<0,05$), alors que les garçons agiraient plus en fonction de se garantir contre les MTS et le sida: $\chi^2=6,179$, $p<0,01$). Les groupes contraception et prévention réunis, ce sont 64,6% de ces adolescents qui seraient efficacement protégées contre les grossesses (70,7% des filles et 57% des garçons). Comme nous le présente le Tableau 9, il n'y a pas de différence significative entre les niveaux scolaires autant pour l'efficacité à se protéger des grossesses ($\chi^2=2,924$, $df=2$, $p>0,05$) que du sida et des MTS ($\chi^2=1,771$, $df=2$, $p>0,05$).

Tableau 8

Répartition de la Population Active Sexuellement selon
l'Utilisation de Moyens Contraceptifs et Préventifs

	Filles		Garçons		Total	
	n	%	n	%	n	%
Inefficace	32	29,3	37	43,0	69	35,4
Contraception efficace	44	40,4	8	9,3	52	26,7
Prév. et contra. eff.	33	30,3	41	47,7	74	37,9
Total	109	100	86	100	195	100

Tableau 9

Répartition de la Population Active Sexuellement selon l'Efficacité
à se Protéger des Grossesses, du Sida et des MTS

	Protection grossesse		Protection sida et MTS		Population active sex.	
	n	%	n	%	n	%
Sec. III	23	62,2	16	43,2	37	19,0
Sec. IV	40	58,0	22	31,9	69	35,4
Sec. V	63	70,8	36	40,4	89	45,6
Total	126	64,6	74	37,9	195	100

Premier Niveau d'Analyse

Nous avons effectué deux niveaux d'analyse afin de comparer les groupes entre eux en fonction des variables étudiées. Dans un premier temps, nous avons comparé d'une part les adolescents qui réussissent à se protéger efficacement contre les grossesses et ceux qui échouent à le faire et, d'autre part, ceux qui se protègent efficacement contre le sida et les MTS et ceux qui ne le font pas. Des tests-t ont été produits à cet effet. Il faut comprendre qu'ici le groupe efficace à se protéger contre les grossesses comprend aussi bien ceux qui utilisent toujours la pilule contraceptive que le condom, il inclut donc les sujets des 2e et 3e groupes déjà formés tandis que le groupe efficace contre le sida et les MTS est formé uniquement d'utilisateurs constants du condom (le 3e groupe). Le deuxième niveau d'analyse compare, au moyen d'une analyse de variance univariée, les trois groupes initialement formés.

Contraception. Pour la contraception, deux variables distinguent les usagers efficaces des inefficaces (Tableau 10). Les adolescents qui échouent à se protéger contre les grossesses ont eu en moyenne 0,9 partenaires sexuels de plus que ceux qui se protègent adéquatement: $t(89,92)=2,54, p<0,05$. Ils ont aussi moins tendance à discuter de contraception ou de prévention avec leurs partenaires sexuels que les sujets protégés contre les grossesses: $t(109,31)=-2,13, p<0,05$.

Tableau 10

Comparaison entre les Sujets Adéquatement Protégés contre
les Grossesses et les Sujets mal Protégés

Variables étudiées	Non efficaces		Efficaces		
	moy.	é-t	moy.	é-t	t
N. total de rel. sex. ¹	32,2	38,1	32,3	36,2	-0,01
N. rel. sex./mois	8,4	7,8	7,8	7,9	0,37
N. de partenaires	2,9*	2,7	2,0	1,3	2,54
Âge la 1ère fois	14 ans, 7m. (15,6 mois)		14 ans, 10m. (12,8 mois)		-1,40
Connaissances	30,9	4,6	30,4	4,6	0,78
Attitude	57,0	6,5	57,3	9,0	-0,21
Aptitudes à communiquer	4,5*	2,0	5,1	1,5	-2,13
Normes des pairs	16,8	3,1	16,8	3,5	0,40

* $p < 0,05$

¹ Le nombre total de relations sexuelles ne peut être qu'approximatif et doit donc être interprété avec prudence.

Prévention du sida et MTS. Quant aux adolescents qui se protègent efficacement contre le sida et les MTS en se servant toujours du condom, seules les variables relatives à l'expérience sexuelle les distinguent des autres sujets. Ils sont moins expérimentés sexuellement que ceux qui n'utilisent pas le condom ou qui l'utilisent mais seulement de façon sporadique (voir le Tableau 11). En effet, ils ont eu moins de relations sexuelles

Tableau 11
Comparaison entre les Sujets Adéquatement Protégés contre
le Sida et les MTS et les Sujets mal Protégés

Variables étudiées	Non efficaces		Efficaces		
	moy.	é-t	moy.	e-t	t
N. total de rel. sex. ¹	42,9***	39,4	15,3	24,1	4,95
N. rel. sex./mois	9,8***	8,5	4,1	3,7	5,30
N. de partenaires	2,6**	2,2	1,8	1,4	3,00
Âge la 1ère fois	14 ans, 8 m. (14,3 mois)		14 ans, 11 m. (13,3 mois)		-1,32
Connaissances	31,0	4,5	30,0	4,8	1,46
Attitude	57,4	6,8	57,0	10,1	0,34
Aptitudes à communiquer	4,9	1,8	4,9	1,7	0,10
Normes des pairs	17,0	3,0	16,2	4,0	1,49

** $p < 0,01$ et *** $p < 0,001$

¹ Le nombre total de relations sexuelles ne peut être qu'approximatif et doit donc être interprété avec prudence.

au total ($t(184,92)=4,95$, $p < 0,001$) et par mois ($t(122,4)=5,3$, $p < 0,001$) et moins de partenaires sexuels ($t(189,79)=3$, $p < 0,01$). Cependant, leur objectif premier pourrait aussi bien être de se garantir contre les grossesses indésirées que contre les MTS. A cet égard, afin de vérifier si ces différences se maintiennent, l'examen des résultats

d'analyses entre les trois groupes formés d'après les moyens contraceptifs et préventifs utilisés devient particulièrement pertinent.

Deuxième Niveau d'Analyse

Lorsqu'on compare les trois groupes formés selon leur usage de méthodes préventives ou contraceptives, quatre des variables à l'étude distinguent les groupes entre eux, dont trois mesurant l'expérience sexuelle. Les Tableaux 12 et 13 permettront de saisir ces différences.

L'expérience sexuelle. Ce sont les variables relatives à l'expérience sexuelle qui contribuent le plus fortement à différencier les groupes entre eux (Tableau 12).

Ainsi, les adolescents du groupe "contraception efficace" ont eu plus de relations sexuelles (56,3) que ceux du groupe "inefficace" (32,2) et du groupe "protection et contraception efficaces" (15,3). La différence est significative ($p < 0,05$). Les adolescents du groupe "inefficace" ont aussi eu significativement plus de relations sexuelles que ceux du groupe "prévention et contraception efficaces" ($p < ,05$). Ces résultats appuient ceux obtenus au premier niveau d'analyse: les utilisateurs constants du condom ont une moins grande expérience sexuelle que les sujets des deux autres groupes. Ce sont par ailleurs les sujets qui utilisent la pilule contraceptive régulièrement qui ont cumulé le plus de relations sexuelles (Tableaux 12 et 13).

Tableau 12

Comparaison entre les Trois Groupes Formés selon l'Usage
de Moyens Contraceptifs et Préventifs

Variables étudiées	Gr.1	Gr.2	Gr.3	dl	F
	moy.	moy.	moy.		
	(é-t)	(é-t)	(é-t)		
N. t. de rel. sex. ¹	32,2 (38,1)	56,3 (37,1)	15,3 (25,1)	2,184	22,90
N. rel. sex./mois ¹	8,4 (7,8)	11,2 (9,0)	4,1 (3,7)	2,122	10,28
N. de partenaires ²	2,9 (2,7)	2,3 (1,4)	1,8 (1,4)	2,189	5,26
Âge la 1ère fois	14 ans 7m. (15,7 m.)	14 ans 9m. (12,2 m.)	14 ans 11m. (13,3 m.)	2,189	1,23
Connaissances	30,9 (4,6)	31,0 (4,4)	30,0 (4,7)	2,192	1,09
Attitude	57,0 (6,5)	57,8 (7,3)	56,9 (10,1)	2,192	0,20
Aptitudes à comm. ³	4,5 (2,0)	5,5 (1,2)	4,9 (1,7)	2,188	4,23
Normes des pairs	16,8 (3,1)	17,2 (2,8)	16,2 (4,0)	2,192	1,48

¹ p < 0,001

gr.1 : inefficace

² p < 0,01

gr.2 : contraception efficace

³ p < 0,05

gr.3 : prévention et contraception efficaces

Tableau 13

Différences Significatives Observées entre les Groupes

Variables étudiées	"Contraste Scheffe"
Nombre total de rel. sex.	gr. 1 vs gr. 3 gr. 2 vs gr. 3 gr. 2 vs gr. 1
Nombre de rel. sex./mois	gr. 1 vs gr. 3 gr. 2 vs gr. 3
Nombre de partenaires	gr. 1 vs gr. 3
Aptitudes à communiquer	gr. 2 vs gr. 1

La fréquence des relations sexuelles par mois varie de façon significative ($p < 0,05$) entre le groupe "prévention et contraception efficaces" (4,1) et les deux autres groupes (8,4 et 11,2). Comme les résultats pour la fréquence totale des relations sexuelles, ceux obtenus pour la fréquence par mois nous permettent de croire que les utilisateurs du condom ont une vie sexuelle moins régulière que ceux qui le boudent parfois ou régulièrement ou qui lui préfèrent la pilule contraceptive (Tableaux 12 et 13).

Ce sont les plus mal protégés, les sujets du groupe "inefficace", qui ont le plus de partenaires sexuels (2,9). Ils sont suivi par ceux qui utilisent un moyen uniquement contraceptif (2,3 partenaires) et par les utilisateurs du condom qui auraient eu en moyenne 1,8 partenaires sexuels, au moment de l'expérimentation. La différence n'est significative qu'entre le groupe "inefficace" et "prévention et contraception efficaces": $p < 0,05$, (Tableaux 12 et 13).

Concernant l'âge lors de la première relation sexuelle, bien que la différence ne soit pas significative, on observe un écart de deux mois entre les groupes: "inefficace" (14 ans et 7 mois), "contraception efficace" (14 ans et 9 mois) et "prévention et contraception efficaces" (14 ans et 11 mois) (Tableau 12).

Autres variables dépendantes. Les quatre dernières variables dépendantes ne contribuent que peu à distinguer les trois groupes l'un de l'autre. Ainsi, pour les connaissances, autant l'homogénéité des scores obtenus pour les trois groupes (30,9, 31 et 30) que le faible écart à l'intérieur même de chacun des groupes nous font rejeter l'existence d'un lien direct entre les connaissances et l'action de se protéger ou non lors des relations sexuelles (Tableau 12).

On retrouve un phénomène à peu près semblable pour ce qui est de l'attitude vis-à-vis l'utilisation du condom. Les scores sont très regroupés (57, 57,8 et 56,9) et ne sont pas différents significativement comme pour les connaissances. L'attitude serait sensiblement la même qu'on soit utilisateurs ou non du préservatif. C'est même dans le groupe des utilisateurs qu'on remarque la présence des sujets les plus favorables et les plus défavorables envers son utilisation (Tableau 12).

Dans l'ordre, les adolescents des groupes "contraception efficace" (17,2), "inefficace" (16,8) et "prévention et contraception efficaces" (16,2) croient que leurs amis et les jeunes de leur âge ont des relations sexuelles et utilisent régulièrement la pilule

contraceptive ou le condom. Ici encore, la différence n'est pas significative pour ce qui est des normes perçues chez les pairs (Tableau 12).

L'aptitude à communiquer est la seule des variables dépendantes, non relative à l'expérience sexuelle, qui distingue les groupes entre eux (tableaux 11 et 12). Le groupe "contraception efficace" obtient le plus haut score (5,5). Il est suivi par les groupes "prévention et contraception efficaces" (4,9) et "inefficace" (4,5). La différence est significative entre le premier et le dernier groupe: $p < 0,05$. Bien que ce soit eux qui aient le plus de partenaires, les adolescents du groupe "inefficace" éprouveraient le plus de difficulté à parler de contraception et de prévention avec les partenaires sexuels.

Une analyse de variance révèle que les deux variables: sexe et groupes selon l'usage de moyens contraceptifs et préventifs, ont une action indépendante l'une de l'autre sur les variables dépendantes à l'étude.

En résumé, le premier niveau d'analyse nous révèle que les adolescents non protégés contre les grossesses ont eu 0,9 partenaires de plus et ont moins tendance à discuter de contraception et de prévention que ceux qui sont protégés contre les grossesses ($p < 0,05$). Par contre, les sujets adéquatement protégés contre les MTS ont eu moins de relations sexuelles au total et par mois et moins de partenaires ($p < 0,05$) que les sujets qui prennent des risques de contagion. Le deuxième niveau d'analyse nous apprend que les mêmes variables relatives à l'expérience sexuelle, en plus de l'aptitude à communiquer

distinguent les sujets des trois groupes formés selon leur usage de moyens contraceptifs et préventifs.

Corrélations

La matrice de corrélation permettra de vérifier le recoupement entre les variables à l'étude (Tableau 14).

Entre les variables étudiées, indépendamment de l'usage de moyens contraceptifs et préventifs, la corrélation la plus significative s'observe entre le nombre total de relations sexuelles et le nombre de relations sexuelles par mois (0,67, $p < 0,05$); ces deux variables concouraient à mesurer l'expérience sexuelle. Nous retrouvons également d'autres liens, mais de moindre importance, entre l'âge lors de la première relation sexuelle et l'âge actuel (0,37, $p < 0,01$), ainsi qu'avec le nombre de partenaires sexuels (-0,29, $p < 0,01$). Les sujets plus âgés lors de leur initiation à la génitalité partagée auraient cumulé moins de partenaires sexuels que les plus précoces. Enfin, une seule corrélation ressort entre les variables dépendantes ne mesurant pas l'expérience sexuelle, soit entre normes et attitude (0,38, $p < 0,01$). Il est probable que les adolescents les plus positifs vis-à-vis l'utilisation du condom soient plus susceptibles de croire que leurs pairs pourraient en avoir besoin et puissent l'utiliser régulièrement (Tableau 14).

Tableau 14

Matrice de Corrélation entre les Variables à l'Étude en plus
de l'Âge au Moment de l'Expérimentation

	Âge act.	N.t. rel.s.	N.rel. sex.	N. de part.	Âge 1 f.	Conn.	Att.	Apt.
Âge actuel	--							
N.t. rel.s.	0,22**	--						
N. rel.s./mois	0,18*	0,67**	--					
N. de part.	0,07	0,21**	0,05	--				
Âge 1ère fois	0,37**	-0,07	0,05	-0,29**	--			
Connaissances	0,04	0,23**	0,08	-0,05	0,00	--		
Attitude	0,04	0,19**	0,09	-0,10	0,09	0,23**	--	
Apti. à com.	0,10	0,21**	0,09	-0,11	0,12	0,11	0,19**	--
Normes	0,17*	0,19**	0,00	0,08	0,09	0,19**	0,38**	0,14

* $p < 0,05$ et ** $p < 0,01$

Analyse Complémentaire

Au fil des analyses, nous avons réalisé l'intérêt d'intégrer une covariable: l'âge des répondants au moment de l'étude. Elle est incluse dans la matrice de corrélation. Son influence sur l'usage de moyens contraceptifs et préventifs sera de plus examiné par une analyse One Way.

Tableau 15

Comparaison entre les Groupes Formés et l'Âge
au Moment de l'Expérimentation

Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	dl	F
moy. (é-t)	moy. (é-t)	moy. (é-t)		
16 ans 5 m. (11,1 mois)	16 ans 11 m. (11,2 mois)	16 ans 6 m. (12,1 mois)	2,191	3,67

où $p < 0,05$

Cette analyse complémentaire révèle que les adolescents qui ont adopté l'usage de la pilule contraceptive sont significativement plus âgés que ceux qui ne se protègent pas adéquatement ni contre les grossesses, ni contre les MTS (Tableaux 15 et 16).

Tableau 16

Différence Significative Observée entre les Groupes Formés
et l'Âge au Moment de l'Expérimentation

Variable étudiée	"Contraste Scheffe"
Âge actuel	Gr. 2 vs gr. 1

Questions Exploratoires

Notre questionnaire incluait quatre questions dont l'objectif était d'explorer les raisons motivant l'utilisation et l'absence d'utilisation du condom (Appendice B, items 19 à 22). Nous avons également vérifié l'évaluation subjective des sujets relativement à la possibilité qu'ils demandent à leurs partenaires sexuels d'utiliser le condom (Appendice B, item 23).

Tableau 17

Objectifs des Moyens Préventifs Utilisés selon le Contexte

	Rel. amoureuse	Rel. occasionnelle
Grossesses	96,5%	94,2%
MTS	68,8%	86,7%
Sida	64,2%	85,3%

Utilisation de Méthodes Préventives

L'item 19 demandait aux adolescents contre quoi ils se protégeaient quand ils utilisaient un moyen préventif et ce, selon deux contextes: celui d'une relation amoureuse et celui d'une relation occasionnelle (Tableau 17).

La protection contre les grossesses apparaît comme le premier objectif des adolescents (94% et 97%). La prévention des MTS et du sida vient en second lieu dans

Tableau 18
Motivations à Utiliser le Condom

	% de réponses affirmatives
a. Ta partenaire a (ou tu as) besoin d'un moyen de contraception	81,0%
b. Tu as changé de partenaire	41,7%
c. Tu as pris conscience du danger d'avoir une MTS	83,3%
d. Tu as une MTS	5,1%
e. Tu as plus d'un(e) partenaire	14,0%

les deux contextes; toutefois, la prévention des MTS et du sida est plus fortement associée aux relations occasionnelles, le souci de prévention grimpe alors de 18% et 20%.

La question suivante interrogeait les utilisateurs du condom quant à leur motivation à en faire usage. L'examen du Tableau 18 nous informe que près de 40% de ces sujets ont considéré déjà le risque de contagion que représente un nouveau partenaire; rappelons que 52% des actifs sexuellement affirment avoir eu deux partenaires et plus.

Les sujets actifs sexuellement donnent les raisons qui les motivent à ne pas toujours faire usage du condom (Tableau 19). Les motifs les plus souvent invoqués se rapportent à un contexte précis: celui d'une relation stable avec utilisation de la pilule (a et h). La réponse à la question "k" peut surprendre puisqu'outre la pilule contraceptive et le condom, la seule autre méthode que les sujets de l'étude rapportent avoir utilisée est

Tableau 19

Raisons Données pour ne pas Toujours Utiliser le Condom

	% de réponses affirmatives
a. Ma partenaire prend (ou je prends) la pilule	55,9
b. Nous n'avions pas de condom disponible	31,1
c. Elle (il) refuse de l'utiliser	11,4
d. Je n'ai pas osé le demander	11,4
e. Elle (il) ne l'a pas demandé	11,0
f. C'est déplaisant à utiliser	42,5
g. Ma partenaire veut (ou je veux) devenir enceinte	13,1
h. Notre relation est stable et nous sommes fidèles sexuellement	62,7
i. Ensemble nous avons passé les tests pour le sida et les autres MTS	23,7
j. L'utilisation du condom exige un contrôle personnel que je n'ai pas	3,5
k. Ma partenaire utilise (ou j'utilise) un contraceptif (autre que la pilule)	21,7
l. Ces relations sexuelles n'étaient pas planifiées	32,0
m. Je ne pense pas que les jeunes comme moi puissent avoir le sida	5,7
n. Ça me (lui) fait perdre mon (son) érection	13,4
o. Je ne sais pas comment l'utiliser et/ou je suis mal à l'aise de le faire	7,1
p. Je crains que mes parents en découvrent dans mes affaires	7,5
q. Ma partenaire n'avait (ou je n'avais) pas encore de menstruations à ce moment-là	8,1

Tableau 20
Facteurs Favorisant l'Usage du Condom

	% de réponses affirmatives
a. Que les condoms soient moins dispendieux	69,8
b. Que ce soit plus facile de se les procurer	68,9
c. Que ma partenaire me le demande	51,3
d. Que les condoms soient plus minces	41,1
e. Que j'en connaisse mieux le mode d'utilisation	38,4
f. Que plus de gens les utilisent	55,2
g. Que mes parents m'y encouragent	62,0

le retrait préventif. Quelques autres réponses expliquent l'absence d'utilisation du condom, l'une relative à l'attitude envers son utilisation (f) et deux autres ayant trait à sa disponibilité au bon moment (b et l).

Le Tableau 20 présente les facteurs qui, selon les adolescents interrogés, les inciteraient à utiliser davantage le condom. Ils semblent freinés par des barrières comme le prix des condoms et la difficulté de se les procurer (a et b). Notons que les sujets interrogés vivent en région, ce qui par rapport aux résidents des centres urbains, modifie l'accessibilité des points de vente et la possibilité de faire ses achats incognito. Ces sujets attendent également le support de leur entourage (c, f et g). Fait intéressant, l'encouragement des parents est plus souvent cité que la demande du partenaire.

Tableau 21
Aptitude à Communiquer

	% de réponses affirmatives		
	f	g	total
a. Tu as parler contraception lors de ta première relation sexuelle	79,8	77,9	79,0
b. Avec tes partenaires sexuels, tu as parlé de sexualité en général	76,6	71,8	74,5
c. Avec tes partenaires sexuels, tu as parlé de contraception	86,0	79,5	83,2
d. Avec tes partenaires sexuels, tu as parlé de prévention	48,6	56,1	51,9
e. Tu as parlé de contraception avec ton (ta) partenaire amoureux(se)	81,1	83,1	80,1
f. Tu as parlé du condom avec ton (ta) partenaire occasionnel(le)	52,9 ^{***}	83,3	66,2
g. Tu as parlé du condom avec ton (ta) partenaire amoureux(se)	94,9	93,2	94,2

^{***} $p < 0,001$, $\chi^2 = 16,12$

Communication

Le Tableau 21 illustre la communication effective des sujets actifs sexuellement. Ils parlent plus de contraception que de prévention (79%, 83,2% et 80,1% vs 51,9%) et plus du condom avec un partenaire amoureux qu'avec un partenaire sexuel occasionnel (94,2% vs 66,2%). Les garçons parlent significativement plus que les filles du condom avec une partenaire occasionnelle ($p < 0,001$).

Tableau 22

Possibilité Évaluée de Demander au Partenaire d'Utiliser le Condom

	Probabilité élevée %	Score moyen		F
		f	g	
a. Si nous sommes à l'aise quand nous avons des relations sexuelles	90,8	1,2	1,5**	7,51
b. Si j'ai peur d'attraper une MTS	81,5	1,4	1,9**	9,33
c. Si je crains de lui donner une MTS	70,3	1,8	2,1	3,18
d. Si j'ai peur qu'elle(s) devienne(nt) (ou de devenir enceinte)	88,2	1,3	1,5	3,67
e. Si elle (il) n'est pas d'accord avec l'idée	56,5	2,3	2,3	0,06
f. Si je suis à l'aise pour lui en parler	91,1	1,3	1,5*	5,07
g. Si j'ai consommé de l'alcool ou une drogue	53,1	2,3	2,4	0,24
h. Si je pense qu'elle (il) utilise des aiguilles pour se "shooter"	71,4	1,7	2,1*	5,45
i. Si la relation sexuelle est spontanée, non planifiée	71,6	1,9	2,0	0,31
j. Si nous sommes très excités sexuellement	71,4	1,9	1,9	0,02
k. Si elle (il) est plus âgé(e) que moi de quatre ans ou plus	71,1	1,8	2,1*	4,57

* $p < 0,05$ et ** $p < 0,01$

Le tableau 21 rend compte de l'évaluation que font les sujets actifs sexuellement quant à la possibilité qu'ils demandent à leurs partenaires sexuels d'utiliser le condom si eux-même veulent l'utiliser (Annexe B, item 23).

Deux facteurs font chuter l'évaluation des adolescents: s'ils croient que le partenaire n'est pas d'accord pour l'utiliser (56,5%) et s'ils ont consommé des drogues ou de l'alcool (53,1%). Le fait d'être à l'aise d'avoir une relation sexuelle avec le partenaire ou pour parler du condom et la crainte des grossesses provoquent la plus forte évaluation (91,1%, 90,8% et 88,2%). Les garçons ont tendance à estimer plus fortement que les filles la possibilité qu'ils demandent l'usage du condom dans cinq des onze circonstances présentées (a, b, f, h et k).

Les résultats obtenus pour les questions exploratoires appuient ceux trouvés précédemment en lien avec les objectifs de cette recherche. Les adolescents parlent plus de contraception que de prévention. Ils disent agir et agissent effectivement plus en fonction de se prémunir contre les grossesses que contre les maladies transmises sexuellement. Dans le cadre d'une relation stable, ils déclarent parler plus du condom mais ils ont moins tendance à en faire usage au profit de la pilule contraceptive. Et s'ils se sentent plus à l'aise pour en parler avec un partenaire familier, ce contexte élève leur perception d'être à l'abri de la contagion. Par contre, avec un nouveau partenaire, ils seraient plus motivés à faire usage du préservatif, mais ils éprouvent aussi plus de difficulté à en parler et à en avoir sur eux au moment opportun. En général, ils rapportent rencontrer des barrières (prix, difficulté à se les procurer et manque de support de l'entourage) qui ne les incitent guère à utiliser régulièrement le condom.

Chapitre 4

Discussion

Discussion

Dans ce dernier chapitre, les résultats sont interprétés et les faits saillants discutés. Des rapprochements et des différences seront soulignés entre notre échantillon et d'autres ayant fait l'objet d'étude comparable.

Point de vue descriptif

Trois thèmes permettront de comparer d'un point de vue descriptif notre population à d'autres: l'activité sexuelle à l'adolescence, l'utilisation de moyens contraceptifs et préventifs et finalement, l'importance de la variable sexe.

Activité Sexuelle à l'Adolescence

Au premier examen, les sujets de notre recherche se comportent un peu différemment des sujets d'autres études. En effet, dans cette population du deuxième cycle du secondaire, 36% se déclarent sexuellement actifs (38% si on y inclut les neuf sujets rejetés faute de réponses complètes) alors que dans des populations scolaires comparables, c'était 40% et même près de 50% des adolescents qui affirmaient avoir eu au moins une relation sexuelle avec pénétration (Fortin et al. 1988; Godin, 1991). Ces deux études ont été menées à Montréal, alors que la nôtre a été conduite en région (Bas-

du-Fleuve). Dans l'enquête Santé Québec (1991) tenue récemment à la grandeur du Québec, on estime que 50% des 15-17 ans sont actifs sexuellement.

Par contre, vers la fin du secondaire, la différence entre notre population et celles provenant d'autres régions semble s'aplanir. Effectivement, à quatre mois de la fin du secondaire, 49% des élèves de cinquième secondaire de notre échantillon se disent actifs sexuellement tout comme dans d'autres études qui rapportent un taux de 50% (Fortin et al., 1989; Lemieux, 1993; King et al., 1988). Comparativement aux sujets des autres études québécoises citées, nos sujets deviendraient actifs sexuellement un peu plus tard, la différence s'estompe vers l'âge de dix sept ans.

L'âge moyen lors de la première relation sexuelle est de 14 ans et 10 mois, c'est-à-dire 2 mois de moins que celui rapporté par d'autres enquêtes québécoises récentes (Godin, 1991; Hamel, 1990; Otis et al., 1991). D'autre part, le rapport détaillé produit par Fortin et al. (1989) permet une comparaison plus fine entre leur échantillon montréalais et le nôtre. Dans cette étude, 62,5% des sujets délaissent la virginité à 14 et 15 ans, alors que c'est à 15 et 16 ans que 60% de nos sujets le font. Aussi, à 15 ans et moins, 80% de leur échantillon était devenue actif sexuellement comparativement à 74% du nôtre; leur médiane est 14 ans, nous obtenons 15 ans.

La fréquence des relations sexuelles par mois rapportée par nos sujets est plus élevée (8 coïts/mois) que celle rapportée par Fortin et al. (1989) et McCormick et al.

(1985) soit 2,8 et 3 coïts par mois. Alors que l'ensemble des sujets actifs sexuellement de l'échantillon de Fortin et al. (1989) déclarent d'une à quatre relations sexuelles par mois, seulement un peu plus du quart de notre échantillon rapporte la même fréquence. Par contre, un peu plus du tiers de nos sujets disent avoir plus de quatre relations sexuelles par mois, alors que la même proportion ont moins d'une relation dans le même laps de temps. Notre échantillon se différencie donc par la fréquence des relations sexuelles: elles sont ou très régulières ou très irrégulières pour l'ensemble. La moyenne obtenue ne serait donc pas une juste représentation de la population à l'étude: la médiane serait plus représentative, elle est de cinq coïts par mois.

Quant au nombre de partenaires, notre population se compare aux autres études (Otis et al., 1991; Varnhagen et al., 1991). Seulement une faible proportion (5,7%) déclarent avoir eu six partenaires ou plus, alors que dans l'enquête nationale réalisée six ans plus tôt, c'était 15% des sujets qui faisait la même affirmation (King et al., 1988). L'écart entre filles et garçons pour le nombre total de partenaires (2,2 et 2,5 partenaires) est moins prononcé que dans des études plus vastes (Kageles et al., 1988; Santé Québec, 1991).

Ces données ne nous permettent pas pour autant d'affirmer qu'il existe une différence dans la précocité sexuelle et la fréquence des activités sexuelles entre les jeunes de notre région d'étude et ceux des centres urbains.

Utilisation de Moyens Contraceptifs et Préventifs

Parmi le peu de recherches ayant eu pour objectif de vérifier l'assiduité dans l'usage du condom, les chiffres disponibles varient entre 18% et 30% d'utilisateurs réguliers chez les jeunes de 15 à 19 ans ayant eu au moins une relation sexuelle (Anderson et al., 1990; Hingson et al., 1990; Otis et al., 1991; Pleck et al., 1991). A cet égard, notre population d'étude ferait bonne figure avec une proportion de 37,9% d'usagers constants du condom, en plus de 26,7% d'utilisateurs assidus de la pilule contraceptive.

Il est satisfaisant de constater que les adolescents protègent davantage leurs premières relations sexuelles que dans le passé (Desjardins et al., 1986; Fortin et al., 1989; Legaré et Bérubé, 1985; Otis et al., 1991; Pleck et al., 1981). Ils se protègent mieux aussi, seulement 5% de nos sujets n'ont jamais utilisé de moyens contraceptifs. Sonenstein et al. (1989) et Durant et Sanders (1989) rapportent des taux de 21% et 29% d'adolescents du même âge qui n'utilisent aucun moyen contraceptif ou préventif, efficace ou non au début de leur vie sexuelle active. Seulement 7,7% de nos sujets ont déjà, au moins à quelques reprises, pratiqué le retrait préventif en guise de moyen contraceptif.

Il reste que 62,1% de nos sujets ne se protègent pas efficacement contre les maladies transmissibles sexuellement; parmi ceux-ci, plus de la moitié ne sont pas même protégés contre les grossesses. Bien que sept filles sur dix se prémunissent contre les

grossesses, elles sont les plus mal protégées contre les MTS. Moins du tiers d'entre elles, comparativement à près de la moitié des garçons, sont protégées par l'usage régulier du condom.

Variable Sexe

La variable sexe influence largement les conduites sexuelles et préventives. Les filles, pour le même âge, déclarent significativement plus de relations sexuelles au total et par mois que les garçons. Cela pourrait refléter le fait qu'elles ont tendance à avoir des partenaires sexuels plus âgés, comme le suggèrent Weisman et al. (1991a). Elles ont plus de connaissances que leurs pairs masculins, tels les sujets d'autres études (Anderson et al., 1990; Faulkenberry et al., 1987; Massé et Duquet, 1989). Elles ont une attitude plus positive vis-à-vis l'utilisation du condom comme le révélaient des recherches antérieures (Hinhson et al., 1991b; Otis et al., 1991; Santé Québec, 1991; Siegel et al., 1991; Varnhagen et al., 1991). Malgré tout, les adolescentes utilisent moins le condom que les garçons de leur âge et ne se montrent pas plus habiles à en discuter, même si elles croient davantage que les jeunes de leur âge sont actifs sexuellement ou sont susceptibles d'utiliser la pilule ou le condom.

Or, les statistiques nous informent que, généralement, les filles sont davantage la cible des MTS les plus courantes à l'adolescence (Jessamine et McHale, 1989; Ministère

de la Santé et des Services sociaux, 1989; Todd et Jessamine, 1988). Filles et garçons rencontrent des difficultés différentes.

Relations entre les Variables à l'Étude

Les relations entre les variables à l'étude seront discutés en deux temps, d'abord selon l'expérience sexuelle et finalement selon les connaissances, l'attitude, les normes et l'aptitude à communiquer. Nous terminerons cette discussion en utilisant les variables étudiées pour esquisser un portrait de l'adolescent de notre recherche selon l'usage qu'il fait des moyens contraceptifs et préventifs.

Expérience Sexuelle

L'expérience sexuelle contribue donc largement à distinguer les sujets des trois groupes formés selon l'usage de moyens contraceptifs et préventifs. Les sujets les plus expérimentés se retrouvent davantage dans le groupe des usagers constants de la pilule contraceptive, alors que les utilisateurs réguliers du condom sont les moins expérimentés. Le scénario pourrait ressembler à ceci: l'adolescente dont l'activité sexuelle devient régulière, soucieuse de s'éviter toute grossesse indésirée, adopte la pilule contraceptive à la fois plus sécurisante et moins exigeante dans son utilisation que le condom. Elle et son partenaire du moment ne seraient alors plus très motivés à utiliser également le condom.

La stabilité de la relation comme facteur d'abandon du condom chez les jeunes de 15 à 29 ans est rapportée par l'enquête Santé Québec (1991). Bien que plus jeunes, les sujets de notre étude mentionnent la stabilité de la relation comme principale raison de non utilisation du condom, ce contexte s'associant à l'usage de la pilule (tableau 18). Dans le contexte d'une relation stable, leur souci de la contraception augmente alors que celui de la prévention diminue. Ils utilisent l'une ou l'autre méthode et elles semblent s'exclure mutuellement.

Effectivement, seulement 6% de notre échantillon utilise toujours la pilule contraceptive et le condom simultanément alors qu'un autre 5% combine l'usage constant de la pilule contraceptive à l'utilisation du préservatif "la plupart du temps". Ces résultats, comme ceux de Godin *et al.* (1991), d'Otis *et al.* (1991), de Pleck *et al.* (1991) et de Sonenstein *et al.* (1989) appuient l'hypothèse de Weisman *et al.* (1991a) selon laquelle l'usage sur une base régulière d'une méthode contraceptive exclut l'autre qui sert alors de support.

Un autre facteur relatif à l'expérience sexuelle distingue les sujets des trois groupes: le nombre de partenaires sexuels. Les sujets sans aucune protection adéquate cumulent le plus de partenaires, significativement plus que ceux qui utilisent le condom régulièrement. Bien que la différence ne soit pas significative, ils étaient aussi les plus jeunes lors de leur première relation sexuelle. De nombreuses recherches antérieures soulignent l'association entre précocité, promiscuité et absence de protection adéquate

(Biglan et al., 1990; Drolet, 1989; Fisher et Misovich, 1990; Hingson et al., 1990b; King et al., 1989; Santé Québec, 1991; Sonenstein et al., 1989; Weisman et al., 1989).

On peut soupçonner que l'augmentation du nombre de partenaires sexuels s'inscrit davantage dans le contexte d'une relation occasionnelle ou de courte durée, que dans celui d'une relation stable. C'est dire que l'expérience sexuelle et le contexte relationnel font varier l'action de se protéger ou non contre les grossesses et les MTS.

Connaissances, Attitudes et Normes

Les sujets de notre étude ont des connaissances équivalentes à ceux d'ailleurs. Ils obtiennent 75 % de bonnes réponses, des résultats comparables aux adolescents canadiens et américains (Andre et Borman, 1991; Beaman et Strader, 1989; Gaudreau et Dupont, 1991; King et al., 1989; Varnhagen et al., 1991).

Conformément aux conclusions avancées par l'ensemble de la littérature sur le sujet, nous n'avons pu établir de lien direct entre le score global de connaissances et l'usage régulier ou non d'une méthode contraceptive ou préventive. Même si les filles obtiennent un plus haut score de connaissance que les garçons, elles utilisent moins le condom pour se protéger contre les MTS.

Tout comme pour les connaissances, le score total obtenu pour l'attitude vis-à-vis l'utilisation du condom est sans lien avec l'utilisation régulière ou non et le non usage de

moyens contraceptifs ou préventifs. Santé Québec (1991) et Varnhagen et al. (1991) tiraient la même conclusion.

L'examen détaillé des réponses des sujets actifs sexuellement aux questions Attitude révèle que, pour presque la moitié des items, la grande majorité des adolescents donne la même réponse (Appendice C). Dans l'enquête Santé Québec (1991), notre source principale pour cette part du questionnaire, cette tendance est encore plus marquée. Ces résultats peuvent être imputés à l'insensibilité de la mesure et/ou possiblement à l'effet de la désirabilité sociale qui inciterait à répondre conformément à une certaine norme, plus ou moins explicite. Cependant, dans notre étude, l'ajout d'un quatrième choix de réponse a eu pour impact de dépolariser les réponses des sujets.

Il nous semble que notre échelle d'attitude aurait eu avantage à se subdiviser en quelques sous-échelles dont au moins: les avantages perçus (items b, d, f, h et t), les malaises et déplaisirs perçus (c, n, l, et m) et les barrières perçues à utiliser le condom (e, i, k et p). Le questionnaire utilisé comprenait également des items sur la crainte du jugement des pairs ou du partenaire (g, n, o, q) en plus d'un item sur la croyance en l'efficacité du condom contre les MTS (a). Ces deux dernières sous-échelles pourraient être intéressantes à conserver moyennant quelques modifications ou compléments.

Les adolescents de notre étude partagent la même opinion pour la plupart des avantages perçus à utiliser le condom, sauf pour la possibilité de l'augmentation du

plaisir. Par contre, pour les inconvénients ou malaises, les opinions sont plus partagées. Un peu plus de la moitié affirment que l'usage du condom diminue le plaisir et la spontanéité. La majorité réfute l'opinion que le condom est gênant à utiliser.

Nous ne sommes pas pour autant en mesure de supporter ou d'infirmer les conclusions des recherches antérieures. Celles-ci se résumeraient ainsi: la perception des avantages favorise l'usage du condom (Pleck et al., 1990; 1991), alors que la perception de malaise et de réduction du plaisir en réduirait l'usage (Catania et al., 1989; Hingson et al., 1990a; Kegeles et al., 1989; Otis et al., 1991; Pleck et al., 1990; 1991; Traëen et al., 1989).

Les adolescents perçoivent des barrières à faire usage du condom. Seulement 40% disent ne pas éprouver de gêne à acheter eux-même les préservatifs et à les défrayer, et un peu plus de la moitié disent que ce n'est ni compliqué à acheter, ni à utiliser. Ces résultats sont cohérents avec les facteurs qu'ils ont identifiés comme défavorisant l'usage du condom (prix et disponibilité). Selon certains auteurs, la perception de barrières influencerait la régularité dans l'usage du condom; le poids de ces perceptions est variable (Hingson et al., 1990a; 1990b; Hudson et al., 1990; Otis et al., 1991; Varnhagen et al., 1991).

Tous reconnaissent l'efficacité du condom à protéger des risques de MTS, sauf un mince 1,5% des sujets. Au sujet de cette croyance, les auteurs sont partagés; d'aucuns

concluent qu'elle est sans lien avec la régularité dans l'usage du condom (Gaudreau et Dupont, 1981; Kegeles et al., 1988; 1989; Pleck et al., 1990; 1991), d'autres soutiennent la position inverse (Hingson et al., 1990; Siegel et al., 1991; Strunin et al., 1990). Quant à l'équipe d'Otis et al. (1991), leur analyse est plus nuancée; les utilisateurs du condom croient davantage en sa valeur contraceptive et se sentent en sécurité en l'utilisant, ils accordent aussi plus de poids à ces deux attitudes.

Des préjugés demeurent à propos du condom. Pour le quart des sujets, l'usage du condom est associé à la promiscuité, et près du tiers l'associe à la crainte de MTS chez le partenaire. Un adolescents sur dix croit que son utilisation est un signe de manque de confiance en son partenaire sexuel. Il n'est donc pas étonnant que, dans l'une des questions exploratoires, plus de la moitié mentionnent le support de l'entourage comme facteur en favorisant l'usage.

Comme pour les connaissances et les attitudes, les normes chez les pairs ne contribuent pas à distinguer les sujets actifs sexuellement selon l'usage de moyens contraceptifs ou préventifs. On constate, sans surprise, que les adolescents actifs sexuellement croient davantage que leurs pairs le sont et qu'ils utilisent la pilule ou le condom.

Le score des croyances normatives provient de l'addition de celui obtenu pour l'évaluation de la proportion des pairs ayant des relations sexuelles, faisant l'utilisation

de la pilule contraceptive et utilisant le condom. C'est pour cette dernière croyance qu'on obtient à la fois le plus haut score, autant chez les adolescents actifs sexuellement ou non, et la plus grande homogénéité entre les filles et les garçons. Ces résultats laissent à penser que chez les adolescents, actuellement, l'utilisation du condom tend à devenir la norme, le comportement que tous perçoivent comme attendu, souhaitable.

Aptitude à Communiquer

L'aptitude à communiquer à propos de contraception et de prévention influence l'usage d'une contraception efficace. Dans leur étude, Levinson (1986) et Polit-O'Hara et Kahn (1985) arrivaient à la même conclusion.

Contrairement à quelques auteurs, nous n'avons pu établir de lien entre l'usage constant du condom et l'aptitude à communiquer (Catania et al., 1989; Hingson et al., 1990a; Pleck et al., 1991; Weisman et al., 1991a). Les questionnaires utilisés par ces auteurs mesuraient, avec un seul item, l'aptitude à communiquer à propos du condom. Notre questionnaire (tableau 20) comprenait sept items sur la communication à propos de la sexualité en général, la contraception, la prévention et l'usage du condom dans des contextes variés. Le score moyen de 4,9 (sur 7) n'est donc pas équivalent à la mesure dichotomique des précédentes recherches.

La plus forte motivation des adolescents quand ils utilisent la pilule contraceptive ou le condom est de se protéger contre les grossesses et les adolescents utilisant la pilule

contraceptive démontrent les plus fortes aptitudes à communiquer. On sait de plus que le contexte relationnel fait varier la motivation et la communication effective à propos du condom. Dans le cadre d'une relation occasionnelle, nos sujets reconnaissent bien la nécessité de se protéger des MTS mais ils sont moins aptes à parler de prévention. Le fait d'être moins familier avec un partenaire pourrait donner du poids au préjugé associant condom et promiscuité, le malaise affaiblissant leur motivation à demander et à utiliser le condom, particulièrement chez les filles.

La majorité de nos sujets considèrent que le condom diminue le plaisir et la spontanéité et qu'il est dispendieux et gênant à acheter. Une plus faible proportion l'associe à promiscuité, crainte et manque de confiance en son partenaire. Conséquemment, quand ils craignent que le partenaire ne soit pas en accord avec l'usage du préservatif, ils ne prévoient pas pouvoir le demander. D'autres chercheurs ont souligné des hésitations semblables. Hingson *et al.* (1990a) rapportent que plus des trois quarts de leur échantillon acceptent d'utiliser le condom si le partenaire le demande mais que moins du tiers en font la demande. Pour leur part, Kegeles *et al.* (1988) constatent que les garçons s'attendent à ce que les filles leur demandent d'en faire usage mais que celles-ci sont réticentes à le faire.

Pour des fins d'intervention, il nous apparaît utile de connaître mieux la cible à rejoindre. Nos variables permettent de tracer un portrait de l'adolescent de notre étude

selon son usage de moyens contraceptifs et préventifs. Rappelons qu'il a en moyenne 16 ans et 7 mois et qu'il vit dans la région du Bas-du-Fleuve.

Le sujet inadéquatement protégé, autant contre les grossesses que les MTS, représente un peu plus du tiers des adolescents actifs sexuellement de notre étude. C'est un peu plus souvent un garçon qu'une fille. Bien que le plus mal protégé de tous, c'est lui qui a eu le plus de partenaires sexuels. Comparativement à celui qui utilise régulièrement le condom, il a plus de partenaires, plus de relations sexuelles au total et par mois. Sa vie sexuelle est donc un peu plus régulière que l'utilisateur constant du condom. Il a aussi moins tendance à discuter de contraception et de prévention que celui qui se protège au moins contre les grossesses. Ses connaissances, son attitude vis-à-vis l'utilisation du condom et sa perception des normes chez ses pairs ne le distinguent pas de celui qui utilise régulièrement la pilule contraceptive ou le préservatif. Il est le sujet le plus à risque vu l'absence de protection efficace et régulière à la fois contre les grossesses et les MTS, et aussi vu qu'il cumule le plus grand nombre de partenaires sexuels.

Le sujet qui protège toujours ses relations sexuelles par l'usage principal de la pilule contraceptive représente un peu plus de quart des sujets actifs sexuellement. Il y a 85% de probabilité que ce soit une fille; la grossesse le concernerait davantage. Parmi tous, il est celui qui a eu le plus de relations sexuelles. Il a plus de coïts par mois que celui qui utilise le condom régulièrement. Au moment de l'expérimentation, il est plus

âgé et il démontre plus d'aptitude à discuter de contraception et de prévention avec ses partenaires sexuels que celui qui néglige de se protéger adéquatement contre les grossesses et les MTS. Il ne se démarque pas des autres adolescents actifs sexuellement pour les variables connaissances, attitude et normes. Cet adolescent ne se protège pas contre les MTS.

Le sujet, qui a fait du condom sa méthode principale de protection, représente près de 40% de notre échantillon; c'est plus souvent un garçon qu'une fille. Il a eu moins de relations sexuelles au total et par mois que l'ensemble des sujets actifs sexuellement. Il déclare également le moins de partenaires. Sa vie sexuelle est moins régulière que l'utilisateur constant de la pilule contraceptive ou que l'usager inconstant du condom, il y a une chance sur trois qu'il n'ait eu qu'une relation sexuelle. Aucune des variables connaissances, attitude, aptitude à communiquer et normes ne le distingue des autres adolescents sexuellement actifs.

Brièvement, l'usage régulier de la pilule contraceptive s'associe avec une plus grande expérience sexuelle, au fait d'être plus âgé et de démontrer plus d'aptitude à communiquer. La perception de stabilité dans la relation fait préférer la pilule au condom; son usage régulier est d'ailleurs en lien avec le fait d'avoir peu d'expérience sexuelle. L'absence ou l'irrégularité dans l'usage de moyens contraceptifs ou préventifs est en association avec une expérience sexuelle intermédiaire et un nombre plus grand de partenaires sexuels.

Conclusion

La précocité sexuelle des adolescents est un phénomène lié à la fois au développement du corps et aux changements sociaux. Dans le passé, l'Église par ses interdits, la société par l'opprobre réservé aux fautifs et les parents par la surveillance étroite exercée freinaient l'expression de la sexualité chez les jeunes. Le mariage venait normaliser une grossesse indésirée si elle survenait malgré tout. Ces pressions n'existent plus, on pourrait même croire qu'elles sont inversées: la virginité serait devenue gênante.

Comme la maturation biologique et les changements sociaux, la précocité sexuelle des adolescents est un fait. On ne peut s'attendre à un retour en arrière, le mieux qui puisse être fait est de connaître le phénomène et de s'y adapter sans pour autant l'encourager.

Quels sont les comportements sexuels et contraceptifs des adolescents? Quels facteurs influencent le choix et la constance dans l'usage de moyens contraceptifs et préventifs? Comment les parents et les éducateurs peuvent-ils aider les adolescents à intégrer des valeurs et des comportements favorisant leur épanouissement sexuel? Ces questions ont guidé notre étude. Des éléments de réponse peuvent être apportés.

L'usage de moyens contraceptifs et préventifs augmente chez les jeunes. Grâce à la popularité croissante du condom, ils protègent de plus en plus leurs premières relations sexuelles. Dans notre échantillon, c'est une très faible minorité qui n'utilise

aucune protection ou qui se fie au retrait préventif. Si la majorité d'entre eux ont déjà utilisé le condom, moins de la moitié le font sur une base régulière. Avec l'âge et l'expérience sexuelle, ils ont tendance à délaisser l'utilisation du condom au profit de la pilule contraceptive. Peu combinent l'usage de la pilule à celui du condom de façon constante.

Comme la majorité des auteurs, nous n'avons pas trouvé de lien direct entre les connaissances et l'habileté à se protéger efficacement à la fois contre les grossesses et les MTS. L'attitude envers l'usage du condom ne contribue pas dans notre échantillon à distinguer les usagers efficaces des inefficaces et des non usagers. A cet égard, les conclusions avancées par les chercheurs ne sont pas unanimes. Ils en est ainsi pour les normes perçues chez les pairs relativement à la sexualité et l'utilisation de la pilule et du condom. Ces normes ne sont pas en lien avec la régularité dans l'usage de moyens contraceptifs ou préventifs.

Dans notre étude, le sexe, l'expérience sexuelle, l'âge au moment de l'expérimentation et l'aptitude à communiquer à propos de contraception et de prévention avec le partenaire sexuel distinguent nos sujets selon leur utilisation de moyens contraceptifs et préventifs. Ces résultats sont conformes aux conclusions avancées par nombre de chercheurs canadiens et américains.

Sur la base de ces informations, nous pouvons formuler quelques recommandations tant, pour la recherche que pour l'intervention auprès des adolescents.

Les campagnes d'information promouvant l'usage du condom ciblent surtout les jeunes à la toute fin du secondaire ainsi qu'au niveau collégial (Santé Québec, 1991). La présente recherche nous informe que c'est vers 15 ans, en secondaire trois et quatre, que déjà plusieurs adolescents commencent à avoir des relations sexuelles. Nous recommandons que ces campagnes s'adressent aux jeunes adolescents, dès le début de leur vie sexuelle active, au moment où les bonnes habitudes sont le plus faciles à intégrer et à conserver. Quelques auteurs soutiennent en effet que l'absence d'usage du préservatif dans le passé prédit l'absence d'usage dans le futur (Godin, 1991; Otis et al., 1991).

Aussi, l'éducation à la prévention des MTS devrait continuer de s'adresser aux adolescents garçons et filles, mais un effort particulier devrait être fait vis-à-vis des filles pour qu'en continuant à se prémunir efficacement contre les grossesses, elles se protègent mieux contre les MTS, elles qui en sont davantage la cible. Il est possible que l'intervention axée sur le sida ait relayé au second plan la sensibilisation aux MTS. En effet, les jeunes connaissent assez bien le sida, mais moins bien les méfaits à court et à long terme des MTS les plus courantes. Les campagnes de sensibilisation ont favorisé une plus grande utilisation du condom chez les garçons surtout, population la plus

touchée, statistiquement parlant par le virus du sida. Les filles, une fois sécurisée par l'usage de la pilule contraceptive, négligent de se protéger contre les MTS. L'intervention auprès des filles devrait être axée sur la valeur contraceptive du condom et sur les façons d'en faire usage le plus sécuritairement possible.

Tant pour la recherche que pour l'intervention auprès des jeunes, il nous apparaît important de tenir compte de l'expérience sexuelle et, par extension, du contexte relationnel de l'activité sexuelle. Si dans le cadre d'une relation occasionnelle, l'ensemble de nos sujets actifs sexuellement reconnaît la nécessité de se protéger contre les MTS, ceux qui cumulent le plus de partenaires échouent à le faire. Et, dans le cadre d'une relation stable, ils préfèrent la pilule contraceptive. Or, la stabilité amoureuse est moindre chez les 15-17 ans par rapport aux 18-19 ans (Santé Québec, 1991). Les jeunes adolescents sont donc susceptibles de rencontrer plus de partenaires et courent ainsi plus de risques de contagion. L'intervention devrait donc, s'adresser aux jeunes adolescents pour les initier dès le début de leur vie sexuelle active à l'usage constant du condom. Mais, elle devrait de plus viser à diminuer les préjugés envers son utilisation et augmenter la perception des avantages à l'utiliser régulièrement (simplicité, sécurité, responsabilité partagée et spontanéité).

L'éducation sexuelle donnée aux adolescents aurait avantage à favoriser et à développer la capacité de parler de contraception et de prévention entre garçons et filles.

Cette éducation devrait les rendre plus aptes à communiquer leurs attentes à propos de l'utilisation du condom, assez pour qu'ils fassent une demande ferme, malgré l'appréhension de la réaction du partenaire. Certains média pourraient davantage être utilisés pour permettre aux jeunes d'acquérir des modèles de communication au sujet de la contraception et de la prévention (films, affiches, bandes dessinées, photos romans et mise en scène dans des jeux de rôle).

Mais actuellement, l'école donne peu de formation sexuelle aux jeunes adolescents. Le temps alloué est court et n'est pas systématiquement pris dans toutes les classes et écoles. Les enseignants, malgré leur bonne volonté, n'ont pas toujours la possibilité et la capacité de faire plus que de distribuer de l'information là où l'éducation serait nécessaire, à notre avis. Chez les décideurs du Ministère de l'Éducation, on semble s'attendre à ce que la sexualité soit un aspect de la personnalité qui s'intègre de lui-même. Ainsi, l'éducation à la vie économique paraît plus importante; on en fait l'objet d'un bloc spécial en secondaire cinq, en plus d'un volet en Formation Personnelle et Sociale tout au long du secondaire, ainsi que d'une part du programme d'Économie Familiale destiné au deuxième secondaire. L'éducation à la sexualité n'est qu'un des cinq volets du programme de Formation Personnelle et Sociale. Le temps alloué à l'éducation sexuelle aurait avantage à être plus important en troisième et quatrième secondaire particulièrement, et devrait être axé sur l'acquisition d'habileté de communication plutôt que sur l'ajout de connaissances.

Nous avançons une dernière recommandation. Les parents actuels n'ont pas eu à faire face aux mêmes situations que leurs jeunes. Ils bénéficieraient à être guidés dans leur tâche éducative auprès de leurs jeunes adolescents afin de les supporter dans l'acquisition de comportements sexuels et préventifs responsables tels l'usage régulier du condom. Les parents sembleraient focaliser sur la prévention des grossesses en favorisant l'usage de la pilule contraceptive au détriment de l'utilisation du condom. Cette étude démontre que les adolescents souhaitent majoritairement le support de leurs parents pour les encourager à faire usage du condom dans le but de prévenir à la fois les MTS et les grossesses.

À ce jour, les efforts de sensibilisation et d'éducation, conjugués aux changements d'attitude envers la sexualité adolescente, portent fruit partiellement. Les adolescents sont davantage conscients de la nécessité de se protéger, ils se protègent effectivement davantage. Il ne faut pas oublier pour autant que plusieurs adolescents courent encore des risques, principalement de contagion des MTS: une proportion plus faible, sans doute, mais dans les faits, un nombre absolu plus grand vu l'élévation du nombre d'actifs sexuellement et leur plus grande précocité à s'engager dans la vie sexuelle. La recherche doit donc se poursuivre pour connaître mieux le phénomène de la sexualité adolescente et supporter et guider les efforts des parents et des éducateurs à devenir le plus cohérents et efficaces possible dans leur rôle éducatif.

Références

- ABRONS, P. E. (1985). Adolescent contraceptive use and pregnancy: the role of the male partner (Doctoral dissertation, University of Yeshiva, 1984). Dissertation abstracts international, 45, 3936A.
- ADLER, N. E., KEGELES, S. M., IRWIN, C. E., WIBBELSMAN, C. (1990). Adolescent contraceptive behavior: an assesment of decision processes. Journal of pediatrics, 116, 463-471.
- AJZEN, I. (1985). From intentions to actions: a theory of planned behavior. In J. Kuhl & Beckman (Eds.) Action-control: from cognition to behavior, (pp 11-39). Springer: Heidelberg.
- AJZEN, I., FISHBEIN, M. (1980). Understanding attitudes and prediction social behavior. NJ: Prentice-Hall.
- ALVIN, P. (1988). La grossesse chez l'adolescente, prévention, interruption et poursuite. Gazette médicale, 95(26), 23-28.
- ANDERSON, J. E., KANN, L., HOLTZMAN, D., ARDAY, S., TRUMAN, B., KOLBE, L. (1990). HIV/AIDS: knowledge and sexual behavior among high school students. Family planning perspectives, 22, 252-255.
- ANDRE, T., BORMANN, L. (1991). Knowledge AIDS and sexuality responsibility among high school students. Youth and society, 22, 339-361.
- ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE (1990). Je me renseigne sur le SIDA. Ontario.
- AYOTTE, V. (1982). Éléments pour constituer une problématique-santé concernant les adolescents du territoire du DSC du CHUL, Québec: Département de Santé Communautaire du CHUL.
- BALDWIN, J. D., BALDWIN, J. I. (1988). Factors affecting AIDS-related sexual risk-taking behavior among college students. Journal of sex research, 25, 181-196.
- BEAMAN, M. L., STRADER, M. K. (1989). STD patients'knowledge about AIDS and attitudes toward condom use. Journal of community health nursing, 6, 155-164.

- BECKER, M. H., JOSEPH, J. G. (1988). AIDS and behavior change to reduce risk: a review. American journal of public health, 78, 394.
- BIGLANA, A., METXLER, C. W., WIRT, R., ARY, D. V. (1990). Social and behavior factors associated with high-risk sexual behavior among adolescents. Journal of behavior medicine, 13, 245-262.
- BISHOP, P., LIPSITZ, A. (1988). Sexual behavior among college students in the AIDS era: a comparative study. Rapport présenté au congrès annuel de la Society for the scientific study of sex, San Francisco.
- BOWIE, C., FORD, N. (1989). Sexual behavior of young people and the risk of HIV infection. Journal of epidemiology and community health, 43, 61-65.
- CARTER KOYLE, P. F., JENSEN, L. C., OLSEN, J., CUNDICK, B. (1989). Comparison of sexual behaviors among adolescents having an early, middle and late first intercourse experience. Youth and society, 20, 461-476.
- CATANIA, J. A., DOLCINI, M. M., COATES, T. J., KEGELES, S. M., GREENBLATT, R. M., PUCKETT, S. (1989). Predictors of condom use and multiple partenered among sexually-active adolescent women: implication for AIDS-related health interventions. Journal of sex research, 26, 514-524.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL (1989, June). HIV/AIDS Surveillance Report.
- CHARBONNEAU, L. (1990). La contraception avant 14 ans. Médecin du Québec, 25(6), 27-32.
- CHARBONNEAU, L. (1992, décembre). Interview, adolescents: la guerre du sexe. Actualité, pp. 17-20.
- CLAES, M. (1983). L'expérience adolescente, Bruxelles: Ed. Pierre Mardaga.
- CLAES, M., PARADIS, C. (1988). L'utilisation des moyens contraceptifs par les adolescentes: quel est le rôle des facteurs cognitifs? Apprentissage et socialisation, 11(1), 53-56.
- COLLINS, J. K., ROBINSON, L. (1986). The contraceptive knowledge, attitudes and practice of unmarried adolescents. Australian journal of sex, marriage and family, 7, 132-152.

- CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME (1990). La question de l'avortement au Québec. Québec: Gouvernement du Québec.
- CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME (1992). Avis du Conseil du statut de la femme: l'accessibilité aux services de contraception et d'avortement. Québec: Gouvernement du Québec.
- DEBATY, P. (1967). Les mesures et attitudes. Paris: Presses Universitaires de France.
- DESJARDINS, M. F., LANGLOIS, S., LEMOINE, Y. (1986) Enquête épidémiologique sur la sexualité d'adolescents fréquentant un CÉGEP. Union médicale du Canada, 115, 668-671.
- DICLEMENTE, R. (1990, April). Predictors of risky adolescent sexual behavior. Medical aspects of human sexuality, 39-40.
- DICLEMENTE, R. J., FORREST, K.A., MICKLER, S. (1990). College student's knowledge and attitudes about AIDS and changes in HIV preventive behaviors. AIDS education and prevention, 2, 201-212.
- DICLEMENTE, R. J., ZORN, J., TEMOSHOK, L. (1986). Adolescents and AIDS: a survey of knowledge, attitudes and belief about AIDS in San Francisco. American journal of public health, 76, 1443-1445.
- DROLET, M. (1989) Les jeunes, leur sexualité et la prévention du sida: une problématique et un défi social. Service social, 38, 61-77.
- DURANT, R. H., SANDERS, J. M. (1989). Sexual behavior and contraceptive risk-taking among sexually active adolescent females. Journal of adolescent health care, 10, 1-9.
- ELKIND, D., (1967). Egocentrism in adolescence. Child development, 38, 1025-1034.
- FAULKENBERRY, J. R., VINCENT, M., JANES, A., JOHNSON, W. (1987). Coital behaviors, attitudes and knowledge of students who experience early coitus. Adolescence, 22, 321-332.
- FISHBEIN, M., AJZEN, I. (1975). Belief, attitude, intention, and behavior: an introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley.

- FISHER, J. D. (1988). Possible effects of reference group-based social influence of AIDS-risk behavior and AIDS prevention. American psychologist, 43, 914.
- FISHER, J. D., MISOVISH, J.J. (1990). Evolution of college students AIDS-related behavioral responses, attitudes knowledge, and fears. AIDS education and prevention, 2, 322-337.
- FORTIN, M. F., TAGGARD, M. E., KEROUAC, S., BOUCHARD, P. (1989). Sexualité et contraception à l'adolescence. Montréal: Université de Montréal, Faculté des Sciences Infirmières.
- FREEMAN, E. W., RICKELS, K., HUGGINS, G. R., MUDD, E. H., GARCIA, C. R., DICKENS, H. O. (1980). Adolescent contraceptive use: comparisons of male and female attitudes and information. American journal of public health, 70, 790-792.
- FREIMUTH, V. S., EDGAR, T., HAMMOND, S. L. (1987). College student's awareness and interpretation of the AIDS risk. Science, technology and human values, 12, 37-40.
- FRISCH, R. E., REVELLE, R. (1970). Height and weight at menarche and a hypothesis of critical body weights and adolescents events. Science, 169, 397-399.
- GAGNÉ, R., FRAPPIER, J. Y. (1981). La contraception à l'adolescence. L'union médicale du Canada, 110, 197-202.
- GALAVOTTI, C., LOVICK, S. R. (1989). School-based clinic use and other factors affecting adolescent contraceptive behavior. Journal of adolescence health care, 10, 506-512.
- GAUDREAU, L., DUPONT, M. (1991). Les comportements sexuels, les connaissances et les attitudes des 14-18 ans face au SIDA et aux maladies sexuellement transmissibles (MST). Contraception, fertilité, sexualité, 19, 919-927.
- GERGEN, K. J., GERGEN, M. M. (1981). Psychologie sociale, (trad. S. Jutras, C. Champagne, L. Hamel). Montréal: Études vivantes, 1984.
- GILBERT, M. A., BAUMAN, K. E., UDRY, J. R. (1986). A panel study of objective expected utility for adolescent sexual behavior. Journal of applied social psychology, 16, 745-756.

- GIRARD, G., DUPONT, M. (1990). Prévention, intervention jeunesse, SIDA et autres MTS. Montréal: Hôpital du Sacré-Coeur.
- GODIN, G. (1991). Étude des déterminants psycho-sociaux de l'utilisation du condom chez les adolescents, in R. S. Rémis, E. Roy: Bilan des connaissances sur l'épidémie du sida et de l'infection au VIH au Québec (pp. 21-24). Montréal: DSC de l'Hôpital général de Montréal, Centre d'étude sur le sida.
- GOODMAN, E., COHALL, A. T. (1989). Acquired immunodeficiency syndrome and adolescents: knowledge, attitudes, beliefs and behaviors in New York city adolescent minority population. Pediatrics, 84, 36-42.
- GOTTLIEB, N. H., VACALIS, T. D., PALMER, D. R., CONLON, R. T. (1988). AIDS-related knowledge, attitudes, behaviors and intentions among Texas college students. Health education research, 3, 63-73.
- GUILBERT, E. (1985). La contraception. Le médecin du Québec, 25(6), 27-32.
- HAMEL, H. (1980). Comportement sexuel et réseau social chez l'adolescente. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
- HERITIER, F. (1976). Les sociétés et l'adolescence. Le groupe familial, 73, 3-12.
- HINGSON, R, STRUNIN, L., BERLIN, B. (1990a). Acquired immuno-deficiency syndrome transmission: change in knowledge and behaviors among teenagers, Massachusetts Statewide Surveys, 1986 to 1988. Pediatrics, 85, 24-29.
- HINGSON, R. W., STRUNIN, L., BERLIN, B. M., HEEREN, T. (1990b). Belief absent AIDS, use of alcohol and drugs, and unprotected sex among Massachusetts adolescents. American journal of public health, 80, 295-299.
- HUDSON, R., FREEMAN, A., KREPCHO, M., PETTY, A. (1990). Adolescent school-based AIDS knowledge and attitude survey. [Résumé]. Rapport présenté à la Sixième conférence internationale sur le sida, San Francisco.
- HUSCROFT, S., MORRIS, R., RE, O., BAKER, C., AQUINO, K., ROSEMAN, J. (1990). Survey of sexual behavior risk factors for HIV infection in incarcerated adolescents. Los Angeles: Departement of Health Services.

- JESSAMINE, A. G., McHALE, K. A. (1989). Tendances de la gonorrhée chez les canadiens de 15 à 24 ans, 1981-1988. Rapport hebdomadaire des maladies au Canada, 15, 253-254.
- JESSOR, R., JESSOR, S. L. (1977). Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth. New York: Academic Press.
- KASTNER, L. S. (1984). Ecological factors predicting adolescent contraceptive use: implication for intervention. Journal of adolescent health care, 5, 79-86.
- KEELING, R. P. (1987, september). Effects of AIDS on young americans. Medical aspect of human sexuality, pp. 22, 26-29, 33.
- KEGELES, S. M., ADLER, N. E., IRWIN, C. E., Jr. (1988). Sexually active adolescents and condoms: changes over one year in knowledge, attitudes and use. American journal of public health, 78, 460-461.
- KEGELES, S. M., ADLER, N. E., IRWIN, C. E., Jr. (1989) Adolescents and condoms, associations of beliefs with intentions to use. American journal of diseases of children, 143, 911-915.
- KELLER, S. E., SCHLEIFER, S. J., BARTLETT, J. A., JOHNSON, R. L. (1988). The sexual behavior of adolescents and risk of AIDS. Journal of the american medical association, 260, 3586.
- KING, A. J. C., BEAZLEY, R. P., WARREN, W. K. HAWKINS, C. A., ROBERTSON, A. S., RADFORD, J.L. (1987). Étude sur les jeunes canadiens face au sida. Kingston: Queen's University, 1987.
- LEGARÉ, G., BÉRUBÉ, J. (1985, juillet). La contraception des adolescents: information et prévention. L'actualité médicale, pp. 18-19.
- LEMIEUX, L., (1993). Attitudes et comportements sexuels des adolescents de secondaire V en relation avec la structure et le climat familial. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- LEVINSON, R. A. (1986). Contraceptive self-efficacy: a perspective on teenage girls' contraceptive behavior. The journal of sex research, 22, 347-369.

- MA, R-J. (1983). Psychological correlates of contraceptive behavior in late adolescent women. (Doctoral dissertation, University of Boston, 1983). Dissertation Abstracts International, 44, 1599B.
- MASSÉ, R., DUQUET, F. (1989). Connaissances et attitudes au sujet des MTS chez les étudiants au secondaire à Montréal. Canadian journal of public health, 80, 244-248.
- McCORMICK, N. IZZO, A., FOLCIK, J. (1985). Adolescents' values, sexuality, and contraception in a rural New York county. Adolescence, 20, 385-395.
- McDERMOTT, R. J., HAWKINS, M. J., MOORE, J. R., CITTADINO, S. K. (1987). AIDS awareness and information sources among selected university students. Journal of american college health, 35, 222-226.
- MILAN, R. J., KILMANN, P. R. (1987). Interpersonal factors premarital contraception. The journal of sex research, 23, 289-321.
- MILLER, L., DAWNER, A. (1988). AIDS: What you and your friends need to know: a lesson plan for adolescents. Journal of school health, 58, 137-141.
- MILLER, B. C., MOORE, K. A. (1990). Adolescent sexual behavior, pregnancy and parenting: research through the 1980's. Journal of marriage and the family, 52, 1025-1044.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (1989). Maladies à déclarations obligatoires: rapport annuel, 1988, Québec: Direction de la Santé publique.
- MORRISON, D. M. (1985) Adolescent contraceptive behavior: a review. Psychological bulletin, 98, 538-568.
- MORRISON, D. M. (1989). Predicting contraceptive efficacy: a discriminant analysis of three groups of adolescent women. Journal of applied social psychology, 19, 1431-1452.
- MOSHER, W. (1990). Contraceptive practice in the United States, 1982-1988. Familing planning perspectives, 22, 198-205.
- NATHANSON, C., BECKER, M. (1986). Family and peer influence on obtaining a method of contraception. Journal of marriage and the family, 48, 513-525.

- NEEDLE, R. H. (1977). Factors affecting contraceptive practices of high school and college-age students. Journal of school health, 47, 340-345.
- NEEL, E. U., JAY, S., LITT, S. (1985). The relationship of self-concept and autonomy to oral contraceptive compliance among adolescent females. Journal of adolescent health care, 6, 445-447.
- NEWCOMER, S. F., GILBERT, M., UDRY, J. R. (1980). Perceived and actual same sex peer behavior as determinants of adolescent sexual behavior. Rapport présenté à la rencontre annuelle de l'American Psychological Association.
- OTIS, J., GODIN, G., LAMBERT, J., PRONOVOST, R. (1991). Étude des déterminants psycho-sociaux de l'utilisation du condom chez les adolescents et adolescentes de cinquième secondaire. Greenfield Park: DSC de l'Hôpital Charles-LeMoine, Université de Montréal, Université Laval.
- PAPALIA, D. E., OLDS, S. W. (1978). Le développement de la personne. [Human Development]. (F. Forest, Trad.). Montréal: HRW.
- PIAGET, J., INHELDER, B. (1955). De la logique de l'enfant à la logique de l'adolescent. Paris: Presses Universitaires de France.
- PLECK, J. H., SONENSTEIN, F. L., KU, L. C. (1990) Contraceptive attitudes and intentions to use condoms in sexual experienced and inexperienced adolescent males. Journal of family issues, 11, 294-312.
- PLECK, J. H., SONENSTEIN, F. L., KU, L. C. (1991). Adolescent males' condom use: relationships between perceived cost-benefits and consistency. Journal of marriage and the family, 53, 733-747.
- POLIT-O'HARA, D., KAHN, J. R. (1985). Communication and contraceptives practices in adolescent couples. Adolescence, 20, 33-43.
- PRINCE, J. M., DESMOND, S., KUKULKA, G. (1985). Hight school students' perceptions and misperceptions of AIDS. Journal of school health, 55, 107-109.
- REMIS, R. S., ROY, E. (1991). Bilan des connaissances sur l'épidémie du sida et de l'infection au VIH au Québec. Montréal: DSC de l'Hôpital Général de Montréal, Centre d'étude sur le sida.

- REMIS, R. S. (1993). Surveillance des cas du syndrome d'immuno-déficience acquise (sida), Québec, cas cumulatif 1979-1993. Montréal: DSC de l'Hôpital général de Montréal, Centre d'étude sur le sida.
- ROBERT, P. (1979). Petit Robert I, dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française. Paris: Société du Nouveau Littré.
- ROSCHOVSKI, J., GERNER, J. (1991). Contraceptive choice among teenagers: a multivariate analysis. Lifestyle, 12, 171-194.
- SANTÉ QUÉBEC. (1991). Enquête québécoise sur les facteurs de risque associés au sida et aux autres MTS: la population des 15-29 ans. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- SARAVELLI, S. (1989). Adolescent contraceptive problem-solving skills and contraceptive behavior : the relationship of cognitive level, locus of control, self-esteem and peer influence. (Doctoral dissertation, Ohio State University, 1990). Dissertation Abstracts International, 51, 433A-434A.
- SCOTT-JONES, D., TURNER, S. L. (1988). Sex education, contraceptive and reproductive knowledge and contraceptive use among black adolescent female. Journal of adolescent research. 3, 171-187.
- SHAH, F., ZELNIK, M. (1981). Parent and peer influence on sexual behavior, contraceptive use and pregnancy experience of young woman. Journal of marriage and the family, 43, 339-348.
- SIEGEL, D., LAZARUS, N., KRASNOVSKY, F., DURBIN, M., CHESNEY, M. (1991). AIDS knowledge, attitudes and behavior among inner city, junior high school students. Journal of school health, 61, 160-165.
- SONENSTEIN, F. L., PLECK, J. H., KU, L. C. (1989). Sexual activity, condom use and AIDS awareness among adolescent males. Family planning perspectives, 21, 152-158.
- SORENSEN, R. C. (1973). Adolescent sexuality in contemporary american. New York: Work Publishing.
- STALL, R. D., COATES, T. J., HOFF, C. (1988). Behavioral risk reduction for HIV infection among gay and bisexual men: a review of results from the United States. American psychologist, 43, 878-885.

- STRUNIN, L. (1989). Do health belief model beliefs about HIV predict adolescent condom use? [Résumé]. Rapport présenté à la Cinquième conférence internationale sur le sida, Montréal.
- STRUNIN, L., HINGSON, R. (1987). Acquired immunodeficiency syndromes and adolescents: knowledge, beliefs, attitudes and behaviors. Pediatrics, 79, 825-828.
- STRUNIN, L., HINGSON, R., BERLIN, B., HEEREN, T. (1990). Do beliefs about HIV, condom use, pregnancy and STDS predict adolescent condom use? [Résumé] Rapport présenté à la Sixième conférence internationale sur le sida, San Francisco.
- SULLIVAN, J. (1988). The relationship of age, level of cognitive développement, future time perspective, parenthood motivation, and perception of invulnerability to contraceptive risk-taking behavior in female adolescents. (Doctoral dissertation, University Adelphy, New-york, 1989). Dissertation Abstracts International, 50, 3407B.
- SVENSON, L. W., VARNHAGEN, C. K. (1990). Knowledge, attitudes and behaviors related to AIDS among first-year university students. Canadian journal of public health, 81, 139-140.
- TANNER, J. M. (1962). Growth at adolescence. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- TEASDALE, M., ST-ONGE, L. (1990). Guide complémentaire au guide d'activités "Éducation à la sexualité" sur le sida et les autres MTS. Québec: Ministère de l'Éducation, Centre canadien de coordination sur le sida.
- THOMAS, R., ALAPHILIPPE, D. (1983). Attitudes, Que sais-je? 2091. Paris: Presses Universitaires de France.
- TODD, M. J., JESSAMINE, A. G. (1988). Rapports de laboratoire sur les infections à chlamydia au Canada, 1987. Rapport hebdomadaire des maladies au Canada. 14, 187-191.
- TRAÖEN, B., RISE, J., KRAFT, P. (1989). Condom behavior in 17, 18 and 19 year-old norvegians. [Résumé] Rapport présenté à la Cinquième conférence internationale sur le sida (p. 737), Montréal.
- VALDISERRI, R. O., ARENA, V. C. PPOCTOR, D., BONATI, F. A. (1989). The relationship between women's attitudes absent condoms and their use: implications for condom promotion programs. American journal of public health, 79, 499-501.

- VANDAL, S. (1982). La contraception à l'adolescence. Nursing Québec, 2(2), 18-23.
- VARNHAGEN, C. K., SVENSON, L. W., GODIN, A. M., JOHNSON, L., SALMON, T. (1991). Sexually transmitted diseases and condom: high school students knowledge, attitudes and behaviors. Canadian journal of public health, 82, 129-131.
- VIENS, H., DAGENAIS, M., GILBEAU, L., DEGROSBOIS, D., LACROIX, D., TANGUAY, J.-L. (1976). Enquête sexologique. Longueuil: Collège Édouard-Montpetit.
- WADHERA, S., SILLINS, J. (1990). Teenage pregnancy in Canada, 1975-1987. Family planning perspectives, 22, 27-30.
- WEINSTEIN, N. D. (1984). Why is won't happen to me: perceptions of risk factors and susceptibility. Health psychology, 3, 431.
- WEISMAN, C. S., PLICHTA, S., NATHANSON, A., ENSMINGER, M., ROBINSON, J. C. (1991a). Consistency of condom use for disease prevention among adolescent users of oral contraceptives. Family planning perspectives, 23(2), 71-74.
- WEISMAN, C. S., NATHANSON, C. A., ENSMINGER, M., TEITELBAUM, M. A., ROBINSON, J. C., PLICHTA, S. (1989). AIDS knowledge, perceived risk and prevention among adolescent clients of a family planning clinic. Family planning perspectives, 21, 213-217.
- WEISMAN, C. S., PLICHTA, S., NATHANSON, C. A., CHASE, G. A., ENSMINGER, M. E., ROBINSON, J. C. (1991b). Adolescent women's contraceptive decision making. Journal of health and social behavior, 32, 130-144.
- WILKINS, J., (1985). Médecine de l'adolescence: une médecine spécifique. Montréal: Université de Montréal.
- YARBER, W. L. (1986). Delay in seeking prescription contraception and the health lifestyle and health locus of control of young woman. Journal of sex education and therapy, 12, 37-42.
- YEUNG, K. H., DILLON, J. R. (1990). Cas de Neisseria gonorrhoeae présentant une résistance à médiation plasmidique à une augmentation de pénicilline. Rapport hebdomadaire des maladies au Canada, 16, 13-16.

ZABIN, L. S., KANTNER, J. F., ZELNICK, M. (1979). The risk of adolescent pregnancy in the first months of intercourse. Family planning perspectives, 11, 215-222.

ZELNIK, M., KANTNER, J. F. (1980). Sexual activity, contraceptive use and pregnancy among metropolitan-area teenagers: 1971-1979. Family planning perspectives, 12, 230-237.

Appendice A

Consignes générales

Consignes générales

Ce questionnaire est complètement anonyme. Vous n'avez pas à y inscrire votre nom. Il n'y aura aucun moyen de retracer qui est la personne qui y a répondu. Toutes les informations que vous donnerez resteront strictement confidentielles; elles seront utilisées exclusivement pour des fins statistiques.

Le questionnaire a été approuvé par les différentes instances décisionnelles de votre commission scolaire.

Répondez-y en toute franchise, il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses.

Il est essentiel que vous répondiez à toutes les questions, et par un seul choix de réponse.

Si vous ne comprenez pas le sens d'une question, vous pouvez lever la main, j'irai à votre bureau entendre votre question. Je me ferai un plaisir d'y répondre.

Vous pouvez à la fin ou n'importe où dans le questionnaire ajouter des commentaires personnels, ils sont bienvenus.

Par discrétion pour vos camarades, je vous demande de ne pas vous lever pendant la période. Je recueillerai moi-même votre copie du questionnaire une fois complétée.

L'utilisation du crayon à mine est fortement recommandée.

Nous vous remercions très sincèrement pour votre précieuse collaboration.

Appendice B

Questionnaire de recherche

RENSEIGNEMENTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

- 1.
- a. Indique ton sexe: fille ____ garçon ____
- b. ton âge: ____ ans ____ mois
- c. ton degré scolaire:
- | | |
|--------------|------|
| secondaire 3 | ____ |
| secondaire 4 | ____ |
| secondaire 5 | ____ |

- 2. Décris ton milieu familial:**
tu vis avec

- tes deux parents _____
 - ta mère _____
 - ton père _____
 - ta mère et son conjoint _____
 - ton père et sa conjointe _____
 - autre _____
- (précise)

CONNAISSANCES

CONSIGNE: marque d'un «X» ton choix de réponse
("nsp" signifie "ne sais pas")

3. PRÉVENTION DES GROSSESSES

	vrai	faux	nsp
a. La grossesse n'est pas possible à la première relation sexuelle d'une fille ou d'un gars.	___	___	___
b. Après le début de la puberté, il faut d'une à deux années pour être physiquement capable de procréer.	___	___	___
c. La femme qui a un cycle régulier est fertile entre le 12e et le 16e jours après le début de ses menstruations.	___	___	___
d. Les spermatozoïdes sont viables approximativement 48 heures après éjaculation dans le vagin.	___	___	___
e. Si un couple a eu des relations sexuelles non protégées un certain temps et qu'aucune grossesse n'est survenue, ils n'ont pas à s'inquiéter à ce sujet à l'avenir.	___	___	___

4. UTILISATION DE LA PILULE ET DU CONDOM

	vrai	faux	nsp
a. Une fille active sexuellement peut devenir enceinte si elle oublie de prendre quelques pilules contraceptives dans le mois.	___	___	___
b. Il est préférable que le jeune homme mette le condom juste avant d'éjaculer.	___	___	___
c. La vaseline est un lubrifiant à déconseiller quand on utilise le condom.	___	___	___

5. PREVENTION DU SIDA ET DES MTS

	vrai	faux	nsp
a. Vous pouvez contracter le sida lors d'une relation anale (pénis dans l'anus).	___	___	___
b. Il y a quelques possibilités de contracter le sida en pratiquant le sexe oral (bouche sur le sexe)	___	___	___
c. Une personne peut être infectée par le virus du sida et n'avoir aucun symptôme de la maladie.	___	___	___
d. Partager son verre contenant un breuvage peut contribuer à répandre le sida.	___	___	___
e. Actuellement au Canada, il est pratiquement impossible de contracter le virus du sida en recevant une transfusion sanguine.	___	___	___
f. Vous pouvez être atteint du sida en embrassant une personne sur la bouche.	___	___	___
g. Habituellement les gens qui ont le sida n'en meurent pas.	___	___	___
h. Un partenaire sexuel qui fait ou a fait usage de drogue injectée représente un plus grand risque de contagion du sida.	___	___	___
i. Vous pouvez être contaminé par quelqu'un qui est infecté du virus du sida mais qui n'a aucun symptôme de la maladie.	___	___	___
j. Pour le VIH (virus de l'immunodéficience humaine), un test de sang positif signifie que personne est porteuse de la maladie.	___	___	___
.k Vous pouvez contracter le sida en donnant la main ou en faisant l'accolade à quelqu'un.	___	___	___
l. Les hétérosexuels sont autant susceptible d'attraper le sida que les homosexuels.	___	___	___
m. Vous pouvez contracter le sida en donnant du sang.	___	___	___
n. Les éternuements et la toux peuvent transmettre le virus du sida.	___	___	___

	vrai	faux	nsp
o. Les femmes sont plus susceptibles d'attraper le sida pendant leurs menstruations.	___	___	___
p. Un nouveau vaccin a été récemment développé pour traiter le sida.	___	___	___
q. Plus on a de partenaires sexuels, plus on a de risque d'attraper le virus du sida ou une autre MTS.	___	___	___
r. Lorsque qu'on a déjà eu une MTS, on ne peut pas l'attraper de nouveau.	___	___	___
s. On peut avoir une MTS sans avoir de symptômes de la maladie.	___	___	___
t. On peut attraper une MTS en s'asseyant sur un siège de toilette.	___	___	___

CONSIGNE: encercle ta réponse
1. efficace 2. inefficace 3. ne sais pas

6. Évalue l'efficacité de ces méthodes pour...

	réduire les risques de grossesse			protéger contre les MTS et le sida		
pilule	1	2	3	1	2	3
condom en caoutchouc	1	2	3	1	2	3
stérilet	1	2	3	1	2	3
mousse, crème, gelée spermicide avec condom	1	2	3	1	2	3
retrait préventif	1	2	3	1	2	3
condom en boyau d'agneau	1	2	3	1	2	3

COMPORTEMENTS SEXUELS

7. As-tu déjà eu une relation sexuelle avec pénétration?

non ____ oui ____

CONSIGNE: réponds par "NA" pour "non applicable"
si tu as répondu non à la question précédente.

8. A quel âge as-tu eu ta première relation sexuelle?

____ ans et ____ mois NA ____

9. Avais-tu parlé de contraception avec ton (ta) partenaire avant d'avoir cette relation sexuelle?

non ____ oui ____ NA ____

10. Lors de ta première relation sexuelle, ton (ta) partenaire et toi, avez-vous utilisé ou non une méthode de protection, si oui, laquelle ou lesquelles?

NA

- | | | |
|--------------------------------------|------|------|
| a. aucune | ____ | ____ |
| b. condom | ____ | ____ |
| c. crème, gelée ou mousse spermicide | ____ | ____ |
| d. pilule contraceptive | ____ | ____ |
| e. retrait préventif | ____ | ____ |
| f. autre | ____ | ____ |
| (précise) | | |

11. Incluant ta première relation, combien de partenaires sexuels différents as-tu eu au total jusqu'à maintenant?

Inscris le nombre: ____ NA ____

12. **Avec ces partenaires, as-tu déjà parlé de:** ("nsp" signifie "ne sais pas" et "NA" veut dire "non applicable")

	non	oui	nsp	NA
a. sexualité en général	___	___	___	___
b. méthodes contraceptives	___	___	___	___
c. moyens de prévention du sida ou MTS	___	___	___	___

13. **Au total, combien de relations sexuelles penses-tu avoir eues, jusqu'à maintenant?** nombre: ___ NA ___

14. **Si tu as des relations sexuelles régulièrement, combien en as-tu par mois en moyenne?** nombre: ___ NA ___

15. **Depuis que tu as des relations sexuelles, quel(s) moyen(s) contraceptif(s) as-tu utilisés?**

CONSIGNES: 1. Coche ceux que tu as déjà utilisés ou NA si tu n'as pas eu de relations sexuelles,
2. indique pour chaque moyen coché à quelle fréquence tu en as fait usage en inscrivant le chiffre approprié:
1. toujours 2. la plupart du temps 3. assez souvent 4. rarement

	méthodes utilisées	fréquence	NA
a. aucune	___	___	___
b. condom	___	___	___
c. crème, gelée ou mousse spermicide	___	___	___
d. crème, gelée ou mousse avec condom	___	___	___
e. pilule contraceptive	___	___	___
f. retrait préventif	___	___	___

16. **As-tu déjà eu une relation amoureuse stable d'au moins trois mois avec une même personne?**

non ___ oui ___

17. **As-tu eu des relations sexuelles avec pénétration avec cette ou ces personnes?**

non ____ oui ____ NA ____

18. **Avais-tu parlé de contraception avec ce (ces) partenaire(s) stables (3 mois ou plus) avant d'avoir ces relations sexuelles ?**

non ____ oui ____ NA ____

19. **Si tu as utilisé des contraceptifs, indique maintenant contre quoi tu te protégeais selon le (les) partenaire(s) sexuel(s) impliqué(s).**

	amoureux		occasionnel(s)		NA
	oui	non	oui	non	
grossesse	____	____	____	____	____
MTS	____	____	____	____	____
sida	____	____	____	____	____

20. **Lorsque tu as des relations sexuelles, quelle(s) raison(s) te motive(nt) à utiliser le condom?**

(réponds NA si tu n'as jamais utilisé le condom ou eu de relations sexuelles)

	oui	non	NA
a. ta partenaire a (ou tu as) besoin d'un moyen de contraception	____	____	____
b. tu as changé de partenaire	____	____	____
c. tu as pris conscience du danger d'avoir une MTS	____	____	____
d. tu as une MTS	____	____	____
e. tu as plus d'un(e) partenaire	____	____	____

CONSIGNE: 1. Réponds à toutes les questions.
 2. Si tu n'as jamais eu de relations sexuelles, indique les raisons qui pourraient t'empêcher d'utiliser le condom si tu en avais.

21. **Lorsque tu as des relations sexuelles, quelles sont les raisons pour lesquelles tu n'utilises pas ou pas toujours le condom?**

	oui	non
a. ma partenaire prend (ou je prends) la pilule	_____	_____
b. nous n'avions pas de condom disponible	_____	_____
c. elle (il) refuse de l'utiliser	_____	_____
d. je n'ai pas osé le demander	_____	_____
e. elle (il) ne l'a pas demandé	_____	_____
f. c'est déplaisant à utiliser	_____	_____
g. ma partenaire veut (ou je veux) devenir enceinte	_____	_____
h. notre relation est stable et nous sommes fidèles sexuellement	_____	_____
i. ensemble nous avons passé les tests pour le sida et les autres MTS	_____	_____
j. l'utilisation du condom exige un contrôle personnel que je n'ai pas	_____	_____
k. ma partenaire utilise (ou j'utilise) un contraceptif autre que la pilule	_____	_____
l. ces relations sexuelles n'étaient pas planifiées	_____	_____
m. je ne pense pas que les jeunes comme moi puissent avoir le sida	_____	_____
n. ça me (lui) fait perdre mon (son) érection	_____	_____
o. je ne sais pas comment l'utiliser et/ou je suis mal à l'aise de le faire	_____	_____
p. je crains que mes parents en découvrent dans mes affaires	_____	_____
q. ma partenaire n'avait (ou je n'avais pas) encore de menstruations à ce moment-là	_____	_____

CONSIGNE: réponds à toutes les questions par

1. tout à fait en accord 2. plutôt en accord 3. plutôt en désaccord
4. tout à fait en désaccord 5. si tu n'as pas eu de relations sexuelles

22. **Qu'est-ce qui ferait que tu utiliserais PLUS le condom comme mesure de prévention des MTS et du sida?**

- | | | | | | | |
|----|------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| a. | que les condoms soient moins dispendieux | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. | que ce soit plus facile de se les procurer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. | que ma (mon) partenaire me le demande | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d. | que les condoms soient plus minces | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e. | que j'en connaisse mieux le mode d'utilisation | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| f. | que plus de gens les utilisent | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| g. | que mes parents m'y encouragent | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

CONSIGNE: que tu aies eu ou non des relations sexuelles, réponds à toutes les questions par:

1. toutes les chances 2. beaucoup de chance
3. peu de chance 4. aucune chance

23. **Pour chacune des situations suivantes, si tu voulais utiliser le condom quelles sont les chances que tu le demandes à ta (ton) ou tes partenaire(s)?**

- | | | | | | |
|----|------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| a. | si nous sommes à l'aise quand nous avons des relations sexuelles | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b. | si j'ai peur d'attraper une MTS | 1 | 2 | 3 | 4 |
| c. | si je crains de lui donner une MTS | 1 | 2 | 3 | 4 |
| d. | si j'ai peur qu'elle(s) devient(ent) (ou de devenir) enceinte | 1 | 2 | 3 | 4 |
| e. | si elle (il) n'est pas d'accord avec l'idée | 1 | 2 | 3 | 4 |
| f. | si je suis à l'aise pour lui en parler | 1 | 2 | 3 | 4 |

- | | | | | | |
|----|------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| g. | si j'ai consommé de l'alcool ou une drogue | 1 | 2 | 3 | 4 |
| h. | si je pense qu'il (elle) utilise des aiguilles pour se "shooter" | 1 | 2 | 3 | 4 |
| i. | si la relation sexuelle est spontanée, non planifiée | 1 | 2 | 3 | 4 |
| j. | si nous sommes très excités sexuellement | 1 | 2 | 3 | 4 |
| k. | si il (elle) est plus âgé(e) que moi de quatre ans ou plus | 1 | 2 | 3 | 4 |

24. a) **T'est-il arrivé qu'une ou plus d'une de tes partenaires sexuelles devienne(nt) enceinte(s) de toi (ou que tu sois devenue enceinte)?**

non ____ je ne sais pas ____ NA ____
 oui, une fois ____ oui, plus d'une fois ____

b) **Si une ou plus d'une de tes partenaires est (sont) devenue(s) enceinte(s) de toi, ou que tu es devenue enceinte, comment cette (ces) grossesse(s) s'est ou se sont terminée(s)?**

- | | | |
|----|--------------------------------------------|-------|
| a. | par un accouchement | _____ |
| b. | par un avortement | _____ |
| c. | par un avortement spontané (fausse couche) | _____ |
| d. | en utilisant la pilule du lendemain | _____ |
| e. | je ne le sais pas (pour les garçons) | _____ |
| f. | NA | _____ |

25.a) **As-tu déjà eu des symptômes (malaises, douleurs, écoulements, rougeurs, démangeaisons, etc.) te laissant croire que tu avais attrapé une MTS?**

NA ____ non ____
 oui, une seule fois ____
 oui, plus d'une fois ____

b) **As-tu déjà été traité pour une MTS?**

NA ____ non ____
 oui, une seule fois ____ Laquelle?.....
 oui, plus d'une fois ____ Lesquelles?.....

ATTITUDES

CONSIGNE: inscris le chiffre qui représente le mieux ton idée

1. en accord total 2. moyennement en accord
3. moyennement en désaccord 4. en désaccord total

26. Utiliser le condom:

a.	diminue les risques de MTS	1	2	3	4
b.	c'est une preuve qu'on se soucie de son (sa) partenaire	1	2	3	4
c.	diminue la spontanéité	1	2	3	4
d.	ça peut rassurer son (sa) partenaire	1	2	3	4
e.	c'est gênant à acheter	1	2	3	4
f.	indique qu'on a peur que son (sa) partenaire ait une MTS	1	2	3	4
g.	ça peut indiquer qu'on a une vie sexuelle responsable	1	2	3	4
h.	ça coûte cher	1	2	3	4
i.	ce n'est pas nécessaire quand on fait l'amour avec quelqu'un qu'on connaît bien	1	2	3	4
j.	c'est compliqué à acheter	1	2	3	4
k.	ça diminue le plaisir	1	2	3	4
l.	c'est gênant à utiliser	1	2	3	4
m.	ça peut avoir l'air très actif sexuellement	1	2	3	4
n.	ça peut laisser croire qu'on a déjà eu une MTS	1	2	3	4
o.	c'est compliqué à utiliser	1	2	3	4
p.	ça laisse croire qu'on a pas confiance en sa (son) partenaire	1	2	3	4
q.	c'est pas nécessaire quand la fille prend la pilule	1	2	3	4
r.	ça permet d'avoir des relations sexuelles non planifiées	1	2	3	4

NORMES

CONSIGNE: indique ton opinion par le chiffre qui se rapproche le plus de ton évaluation personnelle

1. presque aucun 2. une minorité
3. la moitié 4. la majorité

27. **Selon toi, quelle proportion d'adolescents et d'adolescentes ont des relations sexuelles?**
- | | | | | | |
|----|--------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| a. | dans l'ensemble des jeunes du même niveau secondaire que toi | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b. | parmi tes proches amis(es) | 1 | 2 | 3 | 4 |
28. **Selon toi, quelle proportion de jeunes de ton âge, actifs sexuellement, utilisent la pilule de façon régulière?**
- | | | | | | |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| a. | dans l'ensemble des jeunes du même niveau secondaire que toi | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b. | parmi tes proches amis(es) qui ont des relations sexuelles (si aucun d'eux n'est actif sexuellement, inscris 1) | 1 | 2 | 3 | 4 |
29. **Selon toi, quelle proportion d'adolescents et d'adolescentes actifs sexuellement utilisent régulièrement le condom?**
- | | | | | | |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| a. | dans l'ensemble des jeunes du même niveau secondaire que toi | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b. | parmi tes proches amis(es) qui ont des relations sexuelles (si aucun d'eux n'est actif sexuellement, inscris 1) | 1 | 2 | 3 | 4 |
30. **J'ai déjà discuté de l'utilisation du condom avec:**
- | | | oui | non | NA |
|----|--------------------------------------------------|-----|-----|----|
| a. | mon (mes) partenaire(s) sexuel(s) occasionnel(s) | — | — | — |
| b. | mon (mes) partenaire(s) amoureux | — | — | — |

Appendice C

Attitudes vis-à-vis l'utilisation du condom

Attitude vis-à-vis l'Utilisation du Condom

Utiliser le condom:	% d'accord
a. Diminue les risque de MTS	98,4
b. C'est une preuve qu'on se soucie de son (sa) partenaire	85,1
c. Diminue la spontanéité	54,7
d. Ça peut rassurer son (sa) partenaire	95,2
e. C'est gênant à acheter	36,1
f. Indique qu'on a peur que son (sa) partenaire ait une MTS	31,2
g. Ça peut indiquer qu'on a une vie sexuelle responsable	93,3
h. Ça coûte cher	41,4
i. Ce n'est pas nécessaire quand on fait l'amour avec quelqu'un qu'on connaît bien	25,1
j. C'est compliqué à acheter	26,3
k. Ça diminue le plaisir	52,9
l. C'est gênant à utiliser	30,0
m. Ça peut avoir l'air très actif sexuellement	23,8
n. Ça peut laisser croire qu'on a déjà eu une MTS	5,7
o. C'est compliqué à utiliser	12,6
p. Ça laisse croire qu'on n'a pas confiance en sa (son) partenaire	10,9
q. C'est pas nécessaire quand la fille prend la pilule	26,4
r. Ça permet d'avoir des relations sexuelles non planifiées	82,0